

Erschienen in: Psychoscope 3/2001 S.

## **Zerstreut, gereizt, leicht ablenkbar**

### Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter

Vom Träumerchen zur Chaosprinzessin - vom Hans Guck-in-die-Luft zum zerstreuten Professor: Die Annahme, die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung – das frühere «POS» – betreffe nur Kinder, nicht aber Erwachsene, gilt als überholt. Der FSP-Fachpsychologe Piero Rossi erklärt warum.

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gilt als häufigste psychische Störung des Kinder- und Jugendalters. Zentrale Merkmale sind Störungen der Aufmerksamkeit sowie fakultativ Impulsivität und Hyperaktivität. Betroffen sind sechs bis zehn Prozent aller Kinder. Seit der Einführung der medikamentösen Therapie mit Amphetaminpräparaten bei verhaltens- und lerngestörten Kindern durch das Forscher- und Erzieherehepaar Bradley im Jahre 1937 sind die mit der ADHS verknüpften Symptome und Verhaltensstörungen sowie deren Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten bis heute Gegenstand reger wissenschaftlicher Forschungstätigkeit.

POS, HKS, ADD, AHDS ...?

In der Schweiz wurde für diese Störung lange der Begriff «frühkindliches psychoorganisches Syndrom» (POS), in Deutschland der Terminus «hyperkinetisches Syndrom» (HKS) verwendet. Gestützt auf die Definitionen der statistischen und diagnostischen Klassifikationssysteme psychischer Störungen (DSM-IV und ICD-10) etabliert sich in den letzten Jahren auch in deutschsprachigen wissenschaftlichen Publikationen der in den USA seit zwanzig Jahren verwendete Begriff der ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) oder zu deutsch: ADHS.

ADHS auch bei Erwachsenen

In Europa gilt die ADHS als eine auf das Kindes- und Jugendalter beschränkte psychische Erkrankung. Auch in der Schweiz dominiert die Ansicht, wonach das «POS» – konzipiert

als Folge einer minimalen Cerebralparese und kortikales Reifungsmangelsyndrom – sich mit der Pubertät «auswachsen».

Anders ist die Situation in den USA, wo sich WissenschaftlerInnen seit über 30 Jahren mit der ins Erwachsenenalter persistierenden ADHS befassen. Anfang der 70er Jahre wandte sich Paul H. Wender, einer der führenden ADHD-Spezialisten der USA, intensiv der Erforschung der ADHS bei Erwachsenen zu. Prospektive Studien an hyperaktiven und aufmerksamkeitsgestörten Kindern zeigten, dass bei rund 50 Prozent der betroffenen Kinder klinisch relevante Symptome der ADHS auch im Erwachsenenalter fortbestanden. Die Prävalenz der ADHS im Erwachsenenalter wird heute je nach Studie und angewandten Kriterien zwischen drei und sechs Prozent veranschlagt. Bei der ADHS des Erwachsenenalters handelt es sich somit um eine recht häufig auftretende psychische Störung. Im Hinblick auf die Geschlechterverteilung geht man heute davon, dass Frauen und Männer von der ADHS gleichermassen betroffen sein können.

#### Ablenkbarkeit, Vergesslichkeit

ADHS-Betroffene gelten – wie meistens schon in der Schule – in Ausbildung, im Berufs- oder Privatleben als unkonzentriert, auffallend vergesslich und zerstreut («zerstreuter Professor»). Vor allem bei einfachen Handlungen geschehen viele Flüchtigkeitsfehler. Routinetätigkeiten erfordern übermässig Anstrengung und Konzentration und werden wenn immer möglich gemieden. Vielen bereitet auch der flexible Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus Mühe: Haben sie einmal eine Handlung begonnen, bleiben sie leicht haften und reagieren bei Störungen gereizt. Andere wiederum bekunden beim Zuhören vor allem dann grosse Mühe, wenn jemand länger von subjektiv uninteressanten Dingen berichtet. Sie haben Schwierigkeiten, bei reizarmen, monotonen oder langweiligen Handlungen (auch beim Zuhören oder Lesen) bei der Sache zu bleiben. Sie sind leicht ablenkbar durch äussere und innere Reize. Trotz guter Intelligenz bekunden auch erwachsene ADHS-Betroffene oftmals Probleme beim Lernen: Wie schon in der Schule begreifen sie etwas entweder sofort oder dann gar nicht bzw. nur unter grössten Anstrengungen. Bei für sie langweiligen Themen sinkt ihre Aufnahme- und Lernfähigkeit gegen «Null». Folgen sind beispielsweise, dass sich PartnerInnen nicht ernst genommen fühlen («Nie hörst du mir zu!»); in Ausbildung und Arbeit werden wichtige Informationen überhört und verpasst.

## Organisationsprobleme

Erwachsene mit einer ADHS haben ein schlechtes Zeitgefühl, verspäten sich häufig oder trödeln und erledigen Dinge entweder gar nicht oder nur «auf den letzten Drücker». Sie verpassen oft Termine und Zahlungsfristen. Vielfach sind sie auch sehr unordentlich und unorganisiert, beginnen Arbeiten, ohne diese zu beenden, wechseln von einer Aufgabe zur andern und wirken auf andere unzuverlässig und «chaotisch». Da viele gleichzeitig mehr «Projekte» am Laufen haben, als sie vertragen können, leben sie meistens in einem «Dauerstress». Einige ADHS-Betroffene kompensieren ihre Schwierigkeiten durch einen rigiden und zwanghaften Lebensstil.

## Hyperaktivität/Impulsivität

Andere ADHS-Betroffene sind wie hyperaktive Kinder ständig in Bewegung, immer «auf dem Sprung», trommeln häufig mit den Fingern oder wippen ständig mit den Füßen. Sie sind eigentlich fast immer unruhig und innerlich oder äusserlich überdreht, vermögen wie Kinder nicht zu warten und sitzen zu bleiben, können sich kaum entspannen, suchen Stimulation durch den Konsum grosser Mengen koffeinhaltiger Getränke und selbst in Streitereien oder gefährlichen Situationen (z.B. Risikosport, Glücksspiel, schnelles Fahren mit dem Auto). Viele kauen Fingernägel, wirken nervös und sind insgesamt ungeduldig und sprunghaft. Nicht selten leiden sie an Logorrhoe (Geschwätzigkeit) oder fallen auf, weil sie anderen ständig ins Wort fallen. Es ist, als versage bei ihnen die «innere Bremse». Auch beim Essen oder beim Nachdenken können sie oft nicht stoppen: «Es» denkt ständig, berichten sie. Sie neigen zu Grübeleien und leiden darunter, dass sie innerlich nie Ruhe finden, ständig irgend etwas studieren müssen (was regelmässig auch mit chronischen Einschlafstörungen verbunden ist) oder sprechen vom «Lärm im Kopf». Häufig und oft spontan wechseln impulsive ADHS-Betroffene auch die Arbeitsstelle, das Hobby oder das Auto und halten es in Beziehungen nie lange aus.

## Niedrige Frustrationstoleranz und emotionale Instabilität

Die bei der ADHS herabgesetzten Wahrnehmungsschwellen bewirken, dass die Betroffenen sensorisch leicht überflutet und daher oft chronisch überfordert sind, ihre Sinneseindrücke und Erlebnisse kohärent zu integrieren und umzusetzen. Sie reagieren emotional

sehr empfindlich auf Umgebungsreize und tragen von Kind an ein erhöhtes Risiko für seelische Traumatisierungen. Bei Jugendlichen und Erwachsenen kann sich die eingeschränkte Reizfilterung darin zeigen, dass sie sich von eigentlich machbaren Dingen chronisch und unverhältnismässig schnell überfordert und gestresst fühlen. Andere neigen dazu, sich ständig in Kleinigkeiten oder Details zu verlieren und geraten dadurch in Druck und Stress. Erschöpfungsdepressionen, «Nebelgefühle», eine demoralisierte Stimmung und neurasthenische Störungsbilder sind vielfach Folgen dieser chronischen Reizüberflutung. Erwachsene ADHS-PatientInnen sind emotional meist auffallend reizbar, zeigen eine verminderte Frustrationstoleranz, erleben Gefühle viel «ungebremster» als andere und zeigen häufig rasche Stimmungswechsel reaktiver Art. Zu einer wirklich euthymen Stimmungslage sind sie i.d.R. nicht fähig. Die niedergeschlagene und depressive Stimmung wird als Langeweile oder Unzufriedenheit beschrieben und kann sich bis hin zu depressiven Zustandsbildern entwickeln.

Die klinische Symptomatik der ADHS speziell bei Frauen

Viele der Untersuchungen zu Symptomatik und Verlauf der ADHS wurden bisher mit Knaben oder ohne Einbezug des unaufmerksamen Typus der ADHS durchgeführt. Die Feststellungen, wonach die ADHS vorwiegend das männliche Geschlecht betreffe, wird so «wissenschaftlich» immer wieder neu festgeschrieben. Selbstverständlich sind auch Mädchen und Frauen von der ADHS betroffen: Bei ihnen findet man häufig den unaufmerksamen Typus der ADHS. Ablenkbarkeit, starke Tagträumereien, Affektlabilität oder chronische dysphorische Stimmungen werden vielfach als Symptome der Pubertät fehlinterpretiert. Diese typischen Merkmale der ADHS fallen bei einigen Mädchen erst mit Beginn der Pubertät oder noch später auf. Als Gründe werden sozialisationsspezifische Besonderheiten sowie ein hormoneller Einfluss des Östrogen vermutet. Ein plötzlicher Leistungseinbruch eines bis dahin strebsamen und braven Mädchens oder radikale Änderungen im Verhalten (z.B. Dropout in die Drogenszene, anorektisches oder selbstverletzendes Verhalten) sollten nicht nur an sexuelle Ausbeutung, sondern auch an eine mögliche ADHS denken lassen. Als charakteristisch bei Frauen mit einer ADHS gelten u.a. das vermehrte, ins Erwachsenenalter persitierende und teils heftige Auftreten von prämenstruellen Beschwerden oder eine mensesabhängige Migräne.

## Diagnostische Kriterien

Zur Objektivierung und Operationalisierung der Diagnostik der ADHS stellen die weltweit gültigen Klassifikationssysteme psychischer Störungen (DSM-IV und ICD-10) auch für die ADHS diagnostische Kriterien bereit, welche eine auf wissenschaftlichen Evidenzen basierende und zuverlässige Diagnostik dieses Störungsbildes ermöglichen. Schon 1980 führten Feldforschungen dazu, dass die Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft in der dritten Version des DSM die Bezeichnung «Hyperkinetische Störung» durch «Attention Deficit Disorder» ersetzte und damit Probleme mit der Konzentration und Aufmerksamkeit in den Mittelpunkt dieses Störungsbildes setzten. Epidemiologische Studien, welche in den USA zwischen 1995 und 1997 durchgeführt wurden, zeigten, dass die Prävalenz der unspektakulären und «leisen» Erscheinungsform des unaufmerksamen Typus der ADHS rund doppelt so häufig vorkommt, wie der gemeinhin bekannte hyperaktive Typus der ADHS.

Die heute aktuelle Version des DSM-IV von 1994 erlaubt die Diagnose von drei Subtypen der ADHS, nämlich den vorwiegend unaufmerksamen, den vorwiegend hyperaktiven sowie den Mischtypus:

- **Unaufmerksamkeit:** Neun DSM-IV-Kriterien beschreiben ausgeprägte kognitive Probleme bezüglich Ablenkbarkeit, der Aktivierung, Ausführung und Vollendung von Aufgaben und Arbeiten, der Beachtung von Details, Vergesslichkeit sowie Schwierigkeiten bei dem Aufrechterhalten von Handlungen, welche Daueraufmerksamkeit erfordern.
- **Hyperaktivität, Impulsivität:** Weitere neun (für die Diagnose der ADHS jedoch fakultative) Kriterien beschreiben motorisch unruhiges, hyperaktives, ungeduldiges und impulsives Verhalten.
- Die diagnostischen Kriterien verlangen obligat, dass einige der Symptome der Unaufmerksamkeit oder Hyperaktivität, welche Beeinträchtigungen verursachen, bereits vor dem Alter von sieben Jahren auftreten müssen. Kurz nach Publikation der DSM-IV wurde das Alterskriterium von führenden ADHS-Forschern allerdings bereits wieder revidiert: Beim unaufmerksamen Typus der ADHS, bei sehr intelligenten Kindern und bei Mädchen können sich erste Symptome der ADHS durchaus erst später manifestieren.
- Weitere für eine Diagnose obligate Kriterien sind, dass Symptome der ADHS in mehreren Lebensbereichen auftreten, die persönliche Entwicklung nachhaltig und chronisch be-

hindern, eine klinisch relevante Beeinträchtigung darstellen und durch andere psychische Störungen nicht besser erklärt werden können.

### Assoziierte Störungen

Durch ihren Basischarakter und den frühen Beginn können auch diskrete Störungen der Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Selbstkontrollfunktionen die Entwicklung und soziale Anpassung eines Kindes nachhaltig erschweren. Um die ADHS bei Erwachsenen zu verstehen, muss man sich vergegenwärtigen, dass die persistierenden Grundsymptome der ADHS mit fortschreitendem Alter immer mehr von Lebenserfahrungen und reaktiven psychischen Störungen überformt sein können. Das Wechselspiel zwischen persönlichen Ressourcen, diskreten neuropsychologischen Funktionsstörungen und psychosozialen Bedingungen kann sich zu schulischem und beruflichem Versagen, psychischen Erkrankungen und zu anderen menschlichen Schicksalen hochschaukeln. Die sekundären psychischen und psychosozialen Folgen der ADHS können bei Erwachsenen derart ausgeprägt, überkompensiert, facetten- und variantenreich sein, dass sie die zugrunde liegende Grundstörung häufig regelrecht verdecken. Schliesslich können auch die psychosozialen Folgen der ADHS ihrerseits erhebliche Belastungsfaktoren darstellen (soziale Isolation, berufliches Versagen, Verschuldung, Trennungen usw.) und einen persönlich befriedigenden Lebensvollzug der Betroffenen nachhaltig behindern.

Untersuchungen zeigen, dass bei rund drei Viertel der erwachsenen ADHS-Betroffenen komorbid psychische Störungen bestehen. Dazu gehören u.a. affektive Störungen, Ess- und Suchtstörungen, Angst- aber auch Zwangsstörungen, Borderline-ähnliche Störungsbilder, psychosomatische Erkrankungen aber auch Fibromyalgie oder multiple Allergien. Häufig zeigen sich auch therapieresistente Schlafstörungen oder eine erhöhte Unfallneigung.

### Neurobiologische Ursachen

Heute gilt es als wissenschaftlich weitgehend anerkannt, dass die ADHS primär auf einer genetisch bedingten neurochemischen Dysfunktion der Katecholamine im frontostriatalen System basiert. Einer Dysfunktion im dopaminergen Stoffwechsel kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu. Folgen des verminderten Hirnstoffwechsels sind Störungen im Bereich der behavioralen Inhibition (Verhaltenshemmung, Impulskontrolle), der Reizwahrneh-

mung und -verarbeitung, der Selbststeuerung sowie der emotionalen Regulation. Bei der ADHS liegen mehr oder weniger diskrete neuropsychologische Dysfunktionen im Bereich der sogenannten Exekutiven Funktionen sowie des Arbeitsgedächtnisses vor. Damit sind grundlegende mentale Prozesse höherer Ordnung gemeint, welche u.a. für die Aufmerksamkeit und die Aufmerksamkeitsaktivierung, das Planen, das Zeitgefühl, das Initiieren und die Hemmung von Impulsen und Handlungen, die Handlungskontrolle an sich, die Informationsanalyse und -verarbeitung, das Problemlösen, die Vigilanz/Wachheit, die emotionale Regulation sowie für weitere komplexe kognitive Funktionen verantwortlich sind. Frühere Erklärungsansätze, wonach die ADHS-Symptomatik auf Ernährungseinflüsse zurückgeführt wurde, konnten in kontrollierten Studien nicht bestätigt werden.

### Diagnostik der ADHS

Zentral ist neben der Befundaufnahme die Erhebung einer differenzierten Entwicklungs- und Eigenanamnese. Auch bei Erwachsenen erfolgt wegen dem obligat frühen Krankheitsbeginn wenn immer möglich eine fremdanamnestiche Befragung der Mutter oder von Angehörigen. Da einzelne Symptome der ADHS bei vielen anderen internistischen, neurologischen, psychischen oder posttraumatischen Störungen auftreten können und in moderater Ausprägung zum Repertoire menschlicher Verhaltensweisen schlechthin gehören, spielen sorgfältige differentialdiagnostische Erwägungen eine besonders bedeutsame Rolle. Die Grundsymptome der ADHS wie sie im DSM-IV definiert sind, müssen sich wie ein roter Faden (also nicht nur periodisch, wie etwa im Zusammenhang mit depressiven Episoden) durch das ganze Leben der Betroffenen ziehen und zu einer nachhaltigen Behinderung der persönlichen, psychischen, zwischenmenschlichen und beruflichen Entfaltung führen. Standardisierte diagnostische Fragebögen wie die «Wender Utah Rating Scale» oder die «Brown ADD Scales» ergänzen die Anamneseerhebung. Da die ADHS familiär gehäuft auftritt, ist immer auch eine ausführliche Familienanamnese zu erheben. Mit einer leistungs- und neuropsychologischen Diagnostik können diskrete Störungen im Bereich der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisfunktionen oft eindrücklich objektiviert werden. Schliesslich muss eine internistische Untersuchung organische Ursachen (Funktionsstörungen der Schilddrüse, neurologische Erkrankungen usw.) ausschliessen.

## Zur Therapie der ADHS

Bei der Behandlung Erwachsener mit einer ADHS ist wie auch bei Kindern und Jugendlichen eine individuell abgestimmte medikamentöse Therapie mit Stimulanzien das erste Mittel der Wahl. Das zeigen klinische Erfahrungen, die durch zahlreiche Placebo-kontrollierten Doppelblindstudien bestätigt werden konnten. In Europa wird in erster Linie Methylphenidat eingesetzt: Das 1944 in der Schweiz entwickelte und seit 1954 auf dem Markt befindliche Ritalin gilt als sehr gut erforschtes, wirksames und nebenwirkungsarmes Medikament. Stimulanzien normalisieren u.a. den dopaminergen Stoffwechsel und stabilisieren dadurch im Sinne einer «chemischen Brille» die zerebralen Filter- und Hemmfunktionen und optimieren so die Regulations-, Reizselektions- und Aufmerksamkeitsmechanismen sowie die Selbststeuerungsfunktionen. Teilweise wird bei der Behandlung mit Stimulanzien in Laienkreisen immer noch eine Suchtgefahr postuliert. Alle wissenschaftlichen Untersuchungen der letzten Jahrzehnte konnten – eine korrekte Indikationsstellung und Dosierung vorausgesetzt – eine Toleranzentwicklung indes nicht bestätigen. Je nach Vorliegen und Ausprägung der komorbiden Störungen kommen im Rahmen der Therapie zusätzlich auch SSRI oder andere Antidepressiva zum Einsatz. Bei Frauen kann zudem eine hormonelle Substitutionsbehandlung indiziert sein.

Zur Behandlung der psychischen Folgen der ADHS (u.a. Selbstwert-, Identitäts- und Beziehungsproblematik) sowie der komorbiden Störungen sind in vielen Fällen psychotherapeutische Massnahmen indiziert. Methoden mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt bewähren sich dabei besonders gut. Psychotherapien sind keine Alternativen zur medikamentösen Behandlung. Sie können sie ergänzen, nicht aber ersetzen.

## Literatur

Barkley, R. (1998). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: Guilford

Wender, P. (1995). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. Oxford University Press

Brown, T.E. (2000). Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents and Adults. Washington: American Psychiatric Press

Hallowell, E. M., Ratey, J. (1998). Zwanghaft zerstreut oder Die Unfähigkeit, aufmerksam zu sein. Reinbeck: Rowohlt

Rossi P. & Winkler M. (2001). ADD-Online. URL: <http://www.psychologie-online.ch/add>. Inhalt: Beiträge zur Ätiologie, Diagnostik und Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern.

Rossi P. (2001). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung - auch bei Hochbegabten? In: Deutsche Gesellschaft für das hochbegabte Kind e.V. (Hrsg.). Im Labyrinth. Hochbegabte Kinder in Schule und Gesellschaft. Münster: Lit Verlag

Dipl.-Psych. P. Rossi, Breitfeldstrasse 24, 5600 Lenzburg

Mail: [rossi@psychologie-online.ch](mailto:rossi@psychologie-online.ch)