

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Wachsendes Wissen erfordert neue therapeutische Möglichkeiten

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindesalter ist mit einer Prävalenz von etwa 5% eine recht häufige Erkrankung, die jedem Kinder- und Jugendpsychiater gut bekannt ist. Die Behandlungsmöglichkeiten sind jedoch immer noch umstritten: Sollen bei Kindern und Jugendlichen ausschließlich psycho- und soziotherapeutische Verfahren zum Einsatz kommen oder soll auch bereits im Kindesalter pharmakologisch interveniert werden? Ist es verantwortbar, Kindern und Jugendlichen Methylphenidat zu geben? Diese Fragen werden auch für ADHS im Erwachsenenalter diskutiert, wobei wir uns hier mit der Besonderheit konfrontiert sehen, dass die Existenz der Erkrankung im Erwachsenenalter überhaupt erst Ende der 1990er Jahre in der deutschsprachigen Psychiatrie zum Thema wurde und dass daher bis heute eine bemerkenswerte diagnostische Unsicherheit in der klinischen Praxis besteht.

So erwies sich der Umstand als problematisch, dass sich die Diagnose im Erwachsenenalter (gemäß ICD-10 oder DSM-IV) zunächst nur auf die Diagnose im Kindesalter stützen konnte. Erst allmählich wurden hierzulande die Wender-Utah-Kriterien bekannt. Als diagnostisch erschwerend erwies sich auch der oft nicht bekannte Symptomenwandel vom Kindes- zum Erwachsenenalter, z. B. das Nachlassen der Hyperaktivität bei persistierender Aufmerksamkeitsstörung. Auch leiden nur etwa 50% der in der Kindheit von ADHS Betroffenen noch im Erwachsenenalter unter

Symptomen. Die Erkrankung äußert sich bei Erwachsenen also nicht nur anders, sie ist auch seltener, und hinzu kommt noch, dass die Betroffenen – mehr oder weniger gut an die ADHS-Symptomatik adaptiert – sich nicht als krank empfinden und nur dann in nervenärztliche Behandlung kommen, wenn sie unter einer signifikanten komorbiden Störung leiden.

Die Prädominanz der Defizite in Aufmerksamkeit, Konzentration, Auffassung und Merkfähigkeit ruft eine Fülle differenzialdiagnostischer Probleme auf den Plan, so unter anderem die Abgrenzung zu all jenen psychischen Störungen des Erwachsenenalters, die ebenfalls mit basalen kognitiven Symptomen einhergehen: Schizophrenien, schizoaffektive Erkrankungen, unipolare und bipolare Erkrankungen, Suchterkrankungen sowie natürlich psychoorganische Erkrankungen. Die Differenzialdiagnostik wird auch durch die Tatsache erschwert, dass bei Erwachsenen mit ADHS etwa 50% der Betroffenen komorbide von uni- oder bipolaren Depressionen, ebenfalls 50% von Suchterkrankungen und etwa 30–40% von Angsterkrankungen betroffen sind. Die Wahrnehmung der ADHS als Krankheitsentität hat sich in Deutschland in den letzten Jahren sozusagen aus dem „Off“ in eine „On-Situation“ hinein entwickelt, in der sowohl Patienten wie leider auch manche Ärzte und Psychologen dazu neigen, jedwede Störung, möglicherweise auch weil deren Akzeptanz schwerfällt, als Aufmerksamkeitsdefizitstörung hinzustellen.

Die Therapie der ADHS muss vorangebracht werden – in Forschung und Praxis

Selbst wenn die diagnostischen Schwierigkeiten zunehmend überwunden werden, gibt es noch viel zu tun: Die Therapie der Erkrankung muss vorangebracht werden – in Forschung und Praxis. Es ist inzwischen belegt, dass kognitiv-behaviorale und dialektisch-behaviorale Therapien eine gute Wirksamkeit zeigen. Es können mittlerweile kaum mehr Zweifel daran bestehen, dass Methylphenidat unter entsprechender ärztlicher Aufsicht höchst effektiv eingesetzt werden kann. Mit Atomoxetin bzw. Reboxetin liegen weniger Erfahrungen vor. Wie bei anderen psychischen Erkrankungen scheint auch bei ADHS eine Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie die wirksamste Vorgehensweise zu sein. Leider – und diese Situation wirkt sich für viele Betroffene geradezu katastrophal aus – kann eine Pharmakotherapie des ADHS im Erwachsenenalter nur im Sinne einer Off-label-Verschreibung mit Methylphenidat behandelt werden. Ein noch zu wenig bearbeitetes, aber gravierendes Problem bleibt die psychotherapeutische und pharmakotherapeutische Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen, nicht nur der Depression und Angststörungen, sondern auch und gerade der dysfunktionalen Persönlichkeitsmerkmale bzw. der Persönlichkeitsstörungen, die im Kontext mit den oft höchst problematischen Sozialisationsbedingungen entstanden sind.

Die vielfältigen Schwierigkeiten in der Diagnostik und Behandlung der ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter werden als Themenschwerpunkt in dieser Ausgabe von *Der Nervenarzt* von kompetenten, weil in der Thematik wissenschaftlich und klinisch erfahrenen Autoren aufgegriffen. Nahezu alle Autoren arbeiten im Umfeld der von der DFG geförderten klinischen Forschergruppe Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom unter der Leitung von Andreas Warnke und Klaus Peter Lesch am Universitätsklinikum Würzburg. Die Arbeit von Renner und Mitarbeitern stellt die Erkenntnislage zur Neurobiologie der ADHS sowohl hinsichtlich ihrer Genetik wie auch ihrer systemneurowissenschaftlichen Variablen in sehr gut verständlicher Weise dar. Marcel Romanos und Mitarbeiter referieren die Probleme der Diagnostik einschließlich Familiari-tät und Neuropsychologie im Kindes- und Jugendalter. Ebenfalls aus der Würzburger Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie stammt die Arbeit von Jans und Mitarbeitern zur multimodalen Therapie der ADHS, in der ausführlich auf die pharmakotherapeutischen Möglichkeiten, aber auch auf psychosoziale Interventionen eingegangen wird. Die Arbeit von Jacob und Mitarbeitern ist in Kollaboration mit der psychiatrischen Universitätsklinik in Freiburg entstanden und referiert die entsprechenden therapeutischen Möglichkeiten für das Erwachsenenalter. Zu alters- und geschlechtsspezifischen Besonderheiten der ADHS geben Petra Retz-Junginger und ihre Mitarbeiter aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Homburg bzw. dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim Auskunft. Die Serie wird abgeschlossen durch eine Arbeit von Häßler und Mitarbeitern aus dem Universitätsklinikum Rostock, die anzufügen die Editoren sich entschlossen haben, da es sich um eine der leider seltenen, dabei absolut praxisrelevanten Darstellungen von zivil- und strafrechtlichen Problemen im Zusammenhang mit der ADHS handelt.

Die Lektüre dieser Arbeiten zeigt, wie unser Wissensstand über ADHS in den letzten 10 Jahren angewachsen ist. Es lässt sich aber auch erkennen, dass eine ungenügende und verzögerte Diagnostik und Behandlung der Erkrankung im Kindesalter zu äußerst problematischen Entwick-

lungsbedingungen mit erheblichen Nachteilen für das Leben der erwachsenen Patienten führen können. Die hohe Komorbidität mit psychischen Störungen spricht für sich, ebenso wie die bekannte Neigung zur Dissozialität und die Tatsache, dass bei etwa 25% aller Menschen im Strafvollzug eine ADHS besteht. Angesichts der Häufigkeit der Erkrankung, ihrer bedeutsamen psychischen und sozialen Konsequenzen, aber auch und gerade im Hinblick auf ihre sich immer klarer abzeichnende Pathophysiologie und der sich hieraus aktuell entwickelnden therapeutischen Chancen kann kein Zweifel daran bestehen, dass die Erforschung der ADHS vielversprechend und von großer Bedeutung ist, im Sinne der Betroffenen, ihrer Angehörigen und unserer Gesellschaft.



Prof. Dr. Volker Arolt, Münster

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. V. Arolt



Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychothe-
rapie, Universitätsklinikum
Albert-Schweitzer-Straße 11,
48129 Münster
volker.arolt@uni-muenster.de