

ADHS und Persönlichkeit

W. Vollmoeller, M.-A. Edel

- 6.1 Komorbidität von ADHS und Persönlichkeitsstörungen – 82
- 6.2. Untersuchung zu Persönlichkeitsstörungen erwachsener ADHS-Patienten – 87
- 6.3 Persönlichkeitseffekte im Verlauf der ADHS-Behandlung – 91
- 6.4 Ergebnisdiskussion und Zusammenfassung – 99
- Literatur – 101

6.1 Komorbidität von ADHS und Persönlichkeitsstörungen

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) Erwachsener tritt im Gegensatz zur Störung bei Kindern und Jugendlichen nicht nur relativ untypisch und deshalb oft schwerer erkennbar auf, sondern insbesondere auch selten völlig isoliert, d. h. nicht als einzige aktuell diagnostizierbare psychische Störung. Das Phänomen der Vielseitigkeit und des Symptomwandels im Erwachsenenalter gegenüber der Kindheit oder Jugendzeit führte nicht zuletzt dazu, dass in das Wender-Reimherr-Interview zur operationalisierten Bestimmung einer adulten ADHS zu den drei klassischen Symptomdomains Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität auch noch Kriterien aus den Bereichen Temperament, emotionale Überreagibilität, Affektlabilität und Desorganisation aufgenommen wurden (Rösler et al., in Vorbereitung; Wender 1995).

Die Besonderheit des komplexeren Krankseins Erwachsener zeigt sich nicht zuletzt im hohen Anteil komorbider Störungsformen, d. h. in Mehrfachdiagnosen, wobei die Persönlichkeitsstörungen neben dem chronischen Substanzmissbrauch mit bis zu 50% offensichtlich einen besonders hohen Anteil ausmachen (Adam et al. 1999; Krause u. Krause 2003; Groß et al. 1999; Krause et al. 2002). Während sich der gleichzeitige Missbrauch psychotroper Substanzen aber ggf. noch als Selbstmedikationsversuch der Betroffenen erklären ließe, gibt es bezüglich der Vulnerabilitäts- und Komorbiditätsbeziehungen zu den Persönlichkeitsstörungen bisher keine überzeugenden Erklärungsmuster. Dies liegt vielleicht daran, dass die ADHS den Persönlichkeitsstörungen per se verwandt erscheint: Beide sind altersmäßig früh beginnend, zeitlich relativ überdauernd bis persistierend, vielseitig auftretend und situationsübergreifend, sie zeigen Auffälligkeiten in mehreren psychischen Bereichen und schränken die soziale und berufliche Leistungsfähigkeit der Betroffenen oft erheblich ein. Nicht zuletzt wird heute davon ausgegangen, dass sowohl bei der Entstehung der ADHS als auch von Persönlichkeitsstörungen im Sinne einer multifaktoriellen Vererbung jeweils mehrere Gene und Umweltfaktoren zusammenwirken.

Von normalen Persönlichkeitzügen als überdauernde Merkmale des gesunden Erlebens und Verhaltens eines Menschen, der eigentlichen »Persönlichkeit«, unterscheidet sich das medizinische Konstrukt der »Persönlichkeitsstörung« wiederum dadurch, dass es definitionsgemäß gerade für sehr unflexible und weitgehend unangepasste Erlebens- und Verhaltensmuster steht, die jeweils zu bedeutsamen, d. h. meist behandlungsbedürftigen Funktionsbeeinträchtigungen bei den Betroffenen und/oder zu subjektiven Leidenszuständen führen. Prinzipielle Aspekte der heute in vielen wissenschaftlichen Kontexten gebräuchlichen Begriffe »Persönlichkeit« und »Persönlichkeitsstörungen« finden sich in den folgenden Übersichten.

Wichtige Aspekte des Persönlichkeitsstörungsbegriffs

Der Begriff »Persönlichkeitsstörung«

- ist ein medizinisch-psychiatrisches Konstrukt zum Verständnis bestimmter Krankheiten/Störungen (mit Funktionsbeeinträchtigungen und/oder Leidenszuständen)
- beinhaltet eine kategoriale Sicht der psychischen Phänomene mit angenommenen Grenzen zwischen Normalität und Pathologie (abgeschwächter Nosologieanspruch)
- nimmt inhaltlich Bezug auf bestimmte Einzelmerkmale (»Symptome«) durch deren klinische Beschreibung sowie deren klaren Ein- oder Ausschluss hinsichtlich definierter Merkmalskataloge oder Diagnosemanuale
- ist im ICD-10 und DSM-IV aufgrund von Expertenkonsens (WHO- bzw. APA-Gremien) in Form sog. Algorithmen operationalisiert
- ist nur für klinische Populationen sinnvoll anwendbar
- erlaubt in der klinischen Praxis eine Differenzialdiagnostik (distinkter »Prototypen«) sowie ggf. diverse Komorbiditätsfeststellungen
- lässt zu, dass bei einer Person mehr als eine »Persönlichkeitsstörung« diagnostiziert werden kann

Wichtige Aspekte des Persönlichkeitsbegriffs

Der Begriff »Persönlichkeit«

- ist ein psychologisches Konstrukt zum Verständnis individueller Eigenschaften im Sinne des einzigartigen Verhaltenskorrelats einer Person
- beinhaltet eine dimensionale Sicht der psychischen Phänomene mit jeweils verschiedenen Ausprägungsmöglichkeiten (Kontinuitätsanspruch)
- nimmt inhaltlich Bezug auf bestimmte Einzelmerkmale des Erlebens und Verhaltens (»Züge«), die sich im Weiteren ggf. auf wenige charakteristische (wesentliche) Grundzüge (»Faktoren«) reduzieren lassen
- ist in der Theorie zu zahlreichen Persönlichkeitstests konzeptualisiert und in entsprechenden Skalen aufgrund multivariater Statistik ganz oder teilweise operationalisiert
- ist für klinische und normale Populationen sinnvoll anwendbar (Universalitätsanspruch)
- erlaubt in der psychologischen Praxis eine Differenzialtypologie (überlappender »Prototypen«) und ggf. mehrdimensionale (mehrfaktorielle) Persönlichkeitsprofile
- lässt im Prinzip bei einer Person auch nur eine »Persönlichkeit« zu (ggf. im Sinne unterschiedlicher Profile in verschiedenen Persönlichkeitstests)

! Eine spezielle Verbindung besteht offensichtlich zwischen der adulten ADHS und der emotional-launischen Gruppe der Persönlichkeitsstörungen (Persönlichkeitsstörungs-Cluster B im DSM-IV), speziell der emotional instabilen bzw. Borderline-Persönlichkeitsstörung und der dissozialen bzw. antisozialen Form.

Jedenfalls werden hier die höchsten Komorbiditätsraten im Persönlichkeitsbereich berichtet (Rösler 2001). Diesen psychiatrischen Konzep-

ten dysfunktionaler Persönlichkeitsformen liegt allerdings ein kategoriales Störungsmodell zugrunde. Es geht von klassifikatorischen Grenzen zum Gesunden und eindeutigen Merkmalskonstellationen für jede einzelne Störungsform (»prototypischen Merkmalen«) aus, obwohl sich die psychischen Phänomene in der klinischen Praxis graduell darstellen und die operationalisierte Diagnostik nicht wirklich trennscharf ist (Herpertz u. Saß 2003). Insofern bietet sich auch bei ADHS-Patienten an, deren psychische Verfassung unter der Annahme eines Kontinuums zwischen Normalität und Störung, d. h. jeweils unterschiedlich gewichteter psychischer Phänomene zu betrachten.

Dies entspricht dann einem differenzialtypologischen Ansatz mit der Berücksichtigung dimensionaler Übergänge, wie er insbesondere in der testpsychologischen Persönlichkeitsdiagnostik vertreten wird. Hier wird weniger durch strenge Kriterienfestlegung und kategoriale Klassifikation, wie bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1993) oder der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA 1994), als durch differenzielle Eigenschaftsanalysen und multivariate Statistik, insbesondere Faktorenanalysen, nach zentralen Persönlichkeitsdimensionen gesucht. Sie sind dann nachgewiesenermaßen grundlegend für die Psyche normaler wie erkrankter Personen. Diesen Anspruch erheben zumindest die Autoren vieler heute gebräuchlicher Persönlichkeitstests, mittels derer sich auf der Basis spezieller Personendaten (über eine vorgegebene Auswahl persönlichkeitsbezogener Items) wesentliche Persönlichkeitseigenschaften (Persönlichkeitsfaktoren) ermitteln und ggf. zu typischen Persönlichkeitsprofilen der jeweils untersuchten Personen zusammenfügen lassen. Normierungen aufgrund demographischer Variablen, insbesondere von Alter und Geschlecht, können zusätzlich hilfreich sein. Je nach angenommener Ursache für Entstehung und Erhalt solcher Grundgrößen werden sie dann noch in sog. Temperamentsfaktoren, die eher biologisch (genetisch und konstitutionell) begründet erscheinen und sog. Charakterfaktoren, die vorrangig auf psychosozialen (entwicklungspsychologischen) Einflüssen beruhen, differenziert (Amelang u. Bartussek 2001; Cloninger et al. 1999).

Wenn wir insofern mit Herrmann (1991) unter »Persönlichkeit« ein bei jedem Menschen einzigartiges, relativ überdauerndes und stabiles Verhaltenskorrelat verstehen, das den Hintergrund seines konkreten Erlebens und Verhaltens bildet, können wir dieses theoretische Konstrukt auch bei erwachsenen ADHS-Patienten erwarten. Entsprechende Untersuchungen mit dem dreidimensionalen Persönlichkeitsfragebogen (TPQ) von Cloninger et al. (1991) und dem NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) nach McCrae u. Costa (1999), die als sog. »Breitbandverfahren« eine zwar gröbere, aber dafür relativ umfassende und stabile Persönlichkeitsdiagnostik anstreben, zeigten jedenfalls schon Auffälligkeiten in einzelnen Persönlichkeitsbereichen (Downey et al. 1997; Nigg et al. 2002). Danach wären adulte ADHS-Patienten z. B. weniger sozial verträglich und weniger gewissenhaft, dafür aber neugieriger als die Normalbevölkerung, wobei speziell diese Eigenschaften primär temperamentsabhängig gesehen werden, also eher biologisch fundiert erscheinen.

Befunde dieser Art stellten sich bisher aber nicht nur uneinheitlich dar, sondern sie sind nicht zuletzt auch von den jeweils angewandten Persönlichkeitstests sowie den ihnen zugrunde liegenden theoretischen Konzepten abhängig. Persönlichkeitsforscher streben allerdings in der Regel nach einem allgemeinen diagnostischen Konzept, in dem normale wie deviante Menschen mittels bestimmter Persönlichkeitsfaktoren bzw. -dimensionen konsistent und valide beschrieben werden können. Die erwarteten psychologischen Grundgrößen (Grundeigenschaften) sollten möglichst homogen und unabhängig voneinander sein, aber auch relativ überdauernd und teststabil (reproduzierbar), um dem Anspruch eines ubiquitären Persönlichkeitsmodells zu genügen.

! Bei eigenen psychodiagnostischen Untersuchungen fiel auf, dass sich die bei ADHS-Patienten entsprechend ermittelten Persönlichkeitsprofile unter einer regelhaften, über einen längeren Zeitraum andauernden Pharmakotherapie veränderten.

Hierauf soll im Folgenden genauer eingegangen werden. Dabei stellte sich insbesondere die Frage, inwieweit eine erfolgreiche Standardbehandlung

dieser Patienten zusätzlich »persönlichkeitsverändernden« Effekt haben kann.

6.2. Untersuchung zu Persönlichkeitsstörungen erwachsener ADHS-Patienten

Untersucht wurden die Behandlungsverläufe von 22 konsekutiv eingeschlossenen ambulanten Patienten mit einer ADHS vom sog. DSM-IV-Mischtyp, d. h. mit initial 6 oder mehr Symptomen von Unaufmerksamkeit und 6 oder mehr Symptomen von Hyperaktivität oder Impulsivität in den letzten 6 Monaten, wobei keine aktuellen Komorbiditäten mit manifesten Suchterkrankungen, Psychosen, affektiven Störungen oder demenziellen Entwicklungen vorkommen durften. Nach einer ausführlichen klinischen und testpsychologischen Diagnostik wurden die Patienten dann ausschließlich mit Methylphenidat in einer mittleren Tagesdosis von 23,2 mg (Extremdosen 10–46 mg/Tag.) behandelt und nach 4–6 Monaten, im statistischen Mittel nach 5,4 Monaten, entsprechend nachuntersucht. Über diesen Zeitraum sollte sich nicht nur ein möglichst dauerhafter Therapieerfolg eingestellt haben, sondern auch testpsychologische Wiederholungen sollten sich problemlos durchführen lassen. 18 Patienten (81,8%) hatten auch relativ schnell und durchweg positiv auf diese Behandlung angesprochen hatten, während sie bei 4 Patienten (18,2%), die ebenso nachuntersucht wurden, nicht ausreichend geholfen hatte. Bei diesen offensichtlich Methylphenidat-resistenten Patienten wurden im Weiteren andere Therapieformen versucht, aber nicht entsprechend ausgewertet.

Im einzelnen lässt sich die hier untersuchte Klientel wie folgt beschreiben: Es handelte sich um 13 Frauen (59,1%) und 9 Männer (40,9%), deren Lebensalter zwischen 20 und 51 Jahren lag (im Mittel bei 35 Jahren). Der Bildungsgrad lag insgesamt zwischen mindestens Hauptschulabschluss (2 Personen) und Hochschulabschluss (5 Personen). Alle Patienten waren bisher bezüglich der ADHS medikamentös unbehandelt gewesen, 8 Patienten hatten aber schon Kontakte zu ADHS-Selbsthilfegruppen gehabt.

Zwei Personen waren früher schon einmal mittelschwer straffällig gewesen, was aktuell aber keine Rolle spielte.

Bei allen Patienten ließ sich mit der Wender-Utah-Rating-Skala (WURS) durch Selbstbeurteilung rückblickend eine ADHS im Kindesalter diagnostizieren (Ward et al. 1993). Weitere retrospektiv (anamnestisch) ermittelte bzw. aktuell diagnostizierte Komorbiditäten sind in

■ Tabelle 6.1. ADHS-Komorbidität (Mehrfachnennung) bei 22 Erwachsenen

Psychische Störungen	Patienten	
	absolut	relativ
anamnestisch:		
Nikotinabhängigkeit	1	4,5
Alkoholmissbrauch	2	9,0
Alkoholabhängigkeit	1	4,5
Drogenabhängigkeit (Cannabis)	1	4,5
Major Depression	3	13,6
Bipolare Störung	6	27,3
Panikstörung (mit und ohne Agoraphobie)	4	18,2
Generalisierte Angststörung	1	4,5
Zwangsstörung	1	4,5
aktuell:		
Nikotinabhängigkeit	11	50,0
Alkoholmissbrauch	4	18,2
Soziale Phobie	11	50,0
Persönlichkeitsstörungen	19	86,3

■ **Tabelle 6.2.** Häufigkeiten von DSM-IV- Persönlichkeitsstörungen bei 22 erwachsenen ADHS-Patienten (Durchschnitt: 2,5)

Anzahl der Persönlichkeitsstörungen	Patienten absolut	relativ
0	3	13,6
1	9	40,9
2	5	22,7
3	2	9,1
4	3	13,6

■ **Tabelle 6.3.** Persönlichkeitsstörungen (n = 37) geordnet nach Ausprägungsformen (DSM-IV-Cluster A, B und C)

Art der Persönlichkeitsstörung	Häufigkeiten absolut	relativ
A-Cluster: exzentrisch-sonderbare Persönlichkeitsstörungen		
paranoid-misstrauische	4	18,2
distanziert-schizoide	0	0
eigentümlich-schizotypische	0	0
B-Cluster: emotional-lautstimmige Persönlichkeitsstörungen		
antisozial-verletzende	2	9,1
emotional instabile	2	9,1
aufmerksamkeitsheischende	1	4,5
narzisstisch-selbstherrliche	1	4,5

■ Tabelle 6.3. (Forts.)

Art der Persönlichkeitsstörung	Häufigkeiten	
	absolut	relativ
C-Cluster: ängstlich-furchtsame Persönlichkeitsstörungen		
vermeidend-selbstunsichere	9	40,9
unterwürfig-dependente	4	18,2
zwanghaft-perfektionistische	14	63,6

■ Tabelle 6.1 dargestellt. Von besonderem Interesse war der Anteil aktueller DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen, die mittels SKID-II-Fragebogen und -Interview (Wittchen et al. 1997) ermittelt wurden und in ■ Tabelle 6.2 nach Häufigkeit und ■ Tabelle 6.3 nach hauptsächlichlicher klinischer Ausprägung dargestellt sind. Wie sich zeigte, hatten die meisten unserer erwachsenen ADHS-Patienten mehr als eine komorbide Persönlichkeitsstörung (im Durchschnitt 2,5), wobei der symptomatische Schwerpunkt im DSM-IV-Cluster C lag, d. h. bei psychischen Dysfunktionen aufgrund von ängstlich-furchtsamen oder zwanghaft-perfektionistischen Erlebens- und Verhaltensweisen. Die eigentlichen Therapieeffekte verdeutlicht schließlich ■ Tabelle 6.4, und zwar hinsichtlich der klassischen ADHS-Symptomdomänen Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität bzw. Impulsivität, als auch bezüglich einer zusätzlichen Einschätzung der subjektiven Belastung durch die einzelnen Kriterien mittels einer Skala mit Werten von 0 bis 10.

■ **Tabelle 6.4.** Veränderungen bzgl. Anzahl und subjektivem Schweregrad (0–10) bei DSM-IV-Kriterien (Mittelwertsvergleiche, ** $p < 0,01$)

Kriteriumsbereiche	Voruntersuchung	Nachuntersuchung
Unaufmerksamkeit (6–9 Items)	7,8	5,5**
Hyperaktivität bzw. Impulsivität (6–9 Items)	7,0	5,0**
Beeinträchtigung durch Unaufmerksamkeit (max. 90 Punkte)	55,1	30,1**
Beeinträchtigung durch Hyperaktivität bzw. Impulsivität (max. 90 Punkte)	48,5	25,1**

6.3 Persönlichkeitseffekte im Verlauf der ADHS-Behandlung

Zur Überprüfung unserer Vermutung persönlichkeitsbezogener Effekte im Verlauf einer erfolgreichen ADHS-Behandlung mit Methylphenidat führten wir einen Prä-Post-Vergleich mittels 4 gut standardisierter und weitgehend etablierter psychologischer Selbstbeurteilungsverfahren durch, und zwar mit der SCL-90-R, dem MMPI-2, dem FPI-R und dem PSSI.

SCL-90-R

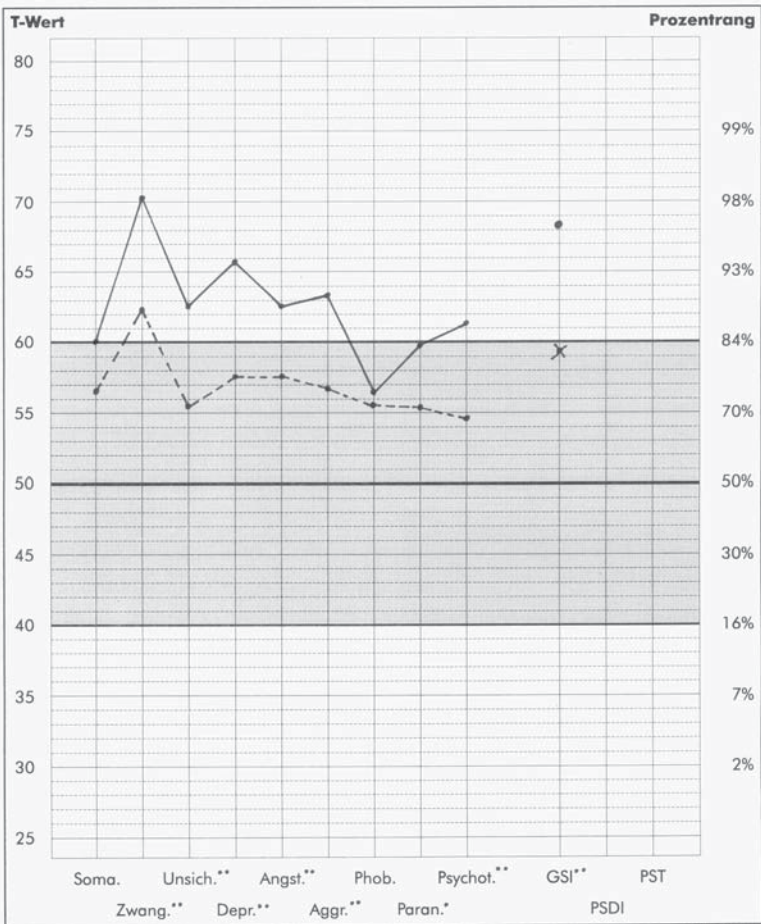
Die Symptom-Checkliste SCL-90-R (mit 90 Items, R für »revised«) von Derogatis (1977) füllt auch in ihrer deutschen Version (Franke 1995) eine testdiagnostische Lücke zwischen der Messung zeitlich extrem vari-

6 abler Befindlichkeit und zeitlich überdauernder Persönlichkeitsstruktur. Sie stellt per Selbsteinschätzung jeweils bezogen auf die vergangenen 7 Tage körperliche und psychische Beeinträchtigungen fest und bietet zugleich eine valide, mehrdimensionale Auswertungsstruktur bezüglich der 9 Symptombereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus. Die Spannbreite der Skalen und die Konzeption des Verfahrens lassen zu, dass sich hier auch »normal gesunde« Personen wiederfinden können, d. h. dass Testausfüller, die sich überhaupt nicht krank fühlen, zumindest eine geringe symptomatische Belastung zeigen. Drei globale Kennwerte geben zudem übersichtsartig Auskunft über das Antwortverhalten, von denen der GSI-Wert (»Global Severity Index«) am wichtigsten ist, da er die grundsätzliche (zusammengefasste) psychische Belastung ausdrückt.

Wie ■ Abb. 6.1 verdeutlicht, war unsere ADHS-Patientengruppe un- behandelt in fast allen Bereichen deutlich beeinträchtigt (durchgezogene Linie) und unter der Methylphenidattherapie wieder weitgehend in den Normbereichen der Skalen (gestrichelte Linie) wiederzufinden. Nur der zunächst höchste Skalenwert für Zwanghaftigkeit lag nach sehr signifikanter Verbesserung schließlich immer noch im Sektor einer deutlichen Belastung (T-Wert über 60). Ähnlich starke Verbesserungen gab es auch für die Symptombereiche Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität und Psychotizismus (hier definiert durch Isolationsgefühle, verzerrtes Erleben etc.).

MMPI-2

Das Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) entstand ursprünglich an der Universität von Minnesota und liegt inzwischen auch in aktualisierter Version 2 in deutscher Sprache vor (Engel 2000). Es dient konzeptionell insbesondere der allgemeinen Erfassung psychischer Auffälligkeiten durch Selbstbeurteilung und stellt hier einen klinischen »Breitbandtest« mit den folgenden 10 Standardskalen dar: Hypochondrie, Depression, Hysterie (Konversionsstörung), Psychopathie (Soziopathie, antisoziale Persönlichkeitsstörung), Probleme mit der Geschlechtsorien-



■ **Abb. 6.1.** SCL-90-R-Skalenwerte vor (durchgezogene Linie) und unter (gestrichelte Linie) Methylphenidattherapie. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; Soma. Somatisierung, Zwang. Zwanghaftigkeit, Unsich. Unsicherheit, Depr. Depressivität, Angst. Ängstlichkeit, Aggr. Aggressivität, Phob. Phobie, Paran. Paranoia, Psychot. Psychotizismus, GSI Global Severity Index

tierung (männliche/weibliche Interessen), Paranoia, Psychasthenie, Schizophrenie, Hypomanie und soziale Introversion. Hinzu kommen noch 4 von uns zwar berücksichtigte Zusatzskalen, auf die hier aber nicht eingegangen werden kann. Mit seiner Vielzahl von Testskalen und entsprechend zahlreichen Interkorrelationsmustern ohne letztlich eindeutige Faktorenstruktur dient das MMPI-2 insgesamt eher der Gewinnung diagnostischer Hypothesen als einer grundlegenden oder abschließenden Persönlichkeitsinterpretation.

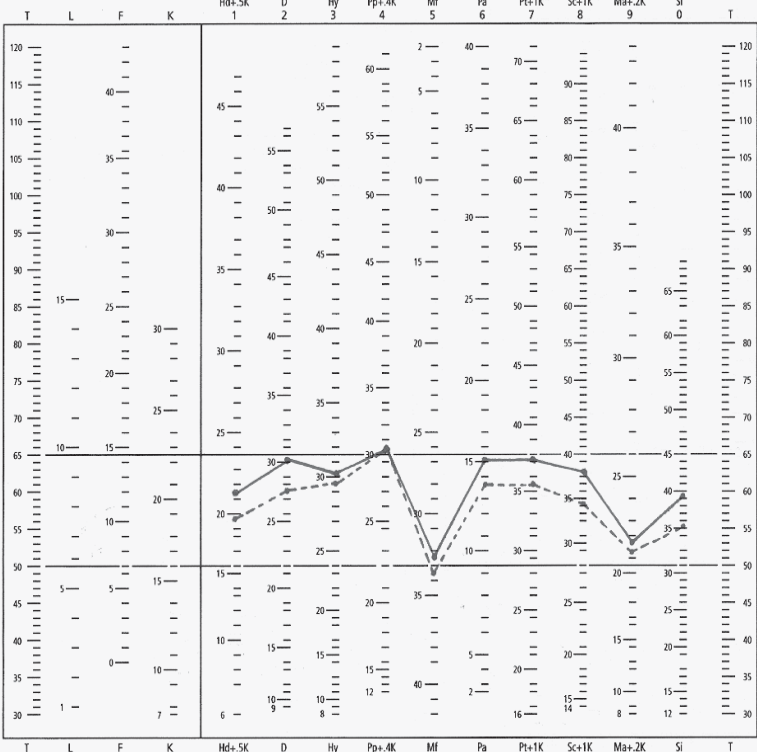
Unsere ADHS-Patienten zeigten unter Methylphenidattherapie im Trend allerdings auch hier vielseitige klinische Verbesserungen, wobei die Ausgangswerte nicht übermäßig hoch waren. Dies zeigt sich hier besonders gut am eigenständig auszuwertenden Testprofil für Frauen, die den größten Anteil unserer Patienten darstellten (■ Abb. 6.2). Am stärksten ($p < 0,01$) verbesserte sich der Skalenwert hier für schizophrene Phänomene (repräsentiert durch merkwürdige Ideen, außergewöhnliche Gefühle etc.), deutlich ($p < 0,05$) zudem noch für soziale Introversion (angegebene Schüchternheit, Eigenbrötelei etc.).

FPI-R

Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI, das im Jahre 1984 grundlegend revidiert wurde, erfasst mehrdimensional relativ überdauernde Persönlichkeitsmerkmale, indem psychologisch ähnliche Items der Selbstschilderung zu einem relativ invarianten, konsistenten und zeitlich stabilen Muster gruppiert werden, so dass Personen interindividuell gut verglichen werden können (Fahrenberg et al. 2001). Es liefert abgeleitet von entsprechenden Einzelkonstrukten psychischer Bereiche 10 Standardskalen und 2 übergeordnete (zusammenfassende) Zusatzskalen mit folgender Kennzeichnung: Lebenszufriedenheit, soziale Orientierung, Leistungsorientierung, Gehemmtheit, Erregbarkeit, Aggressivität, Beanspruchung, körperliche Beschwerden, Gesundheitssorgen und Offenheit sowie zusätzlich herausgestellt Extraversion und Emotionalität.

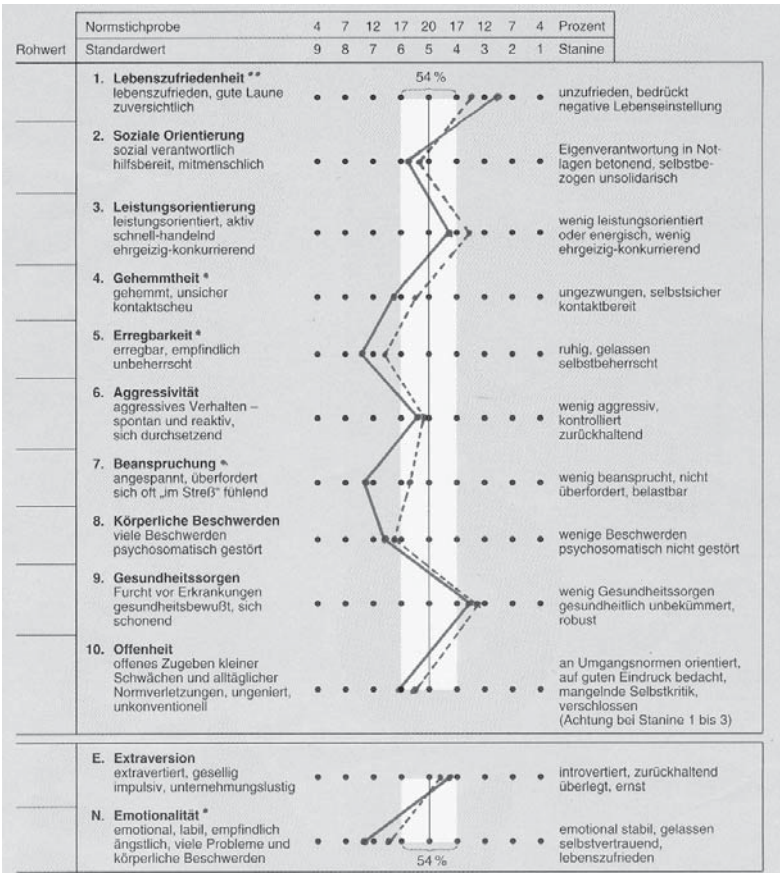
Wie ■ Abb. 6.3 zeigt, verbesserten sich unsere ADHS-Patienten hier unter Methylphenidattherapie signifikant in der sozialen Gehemmtheit, der Erregbarkeit, dem Beanspruchungsgefühl sowie in dem übergeord-

FRAUEN



■ **Abb. 6.2.** MMPI-2-Skalenwerte für Frauen vor (durchgezogene Linie) und unter (gestrichelte Linie) Methylphenidattherapie. Hd Hypochondrie; D Depression; Hy Hysterie, Konversionsstörung; Pp Psychopathie, Soziopathie, antisoziale Persönlichkeitsstörung; Mf männliche/weibliche Interessen; Pa Paranoia; Pt Psychasthenie; Sc Schizophrenie; Ma Hypomanie; Si soziale Introversion

neten Faktor Emotionalität. Sie alle lagen anfangs deutlich außerhalb des Normbereichs. Signifikant stieg zudem die allgemeine Lebenszufriedenheit (charakterisiert durch positive Grundstimmung, Zuversichtlichkeit etc.).



■ **Abb. 6.3.** FPI-R-Skalenwerte vor (durchgezogene Linie) und unter (gestrichelte Linie) Methylphenidattherapie. * $p < 0,01$; ** $p < 0,01$

PSSI

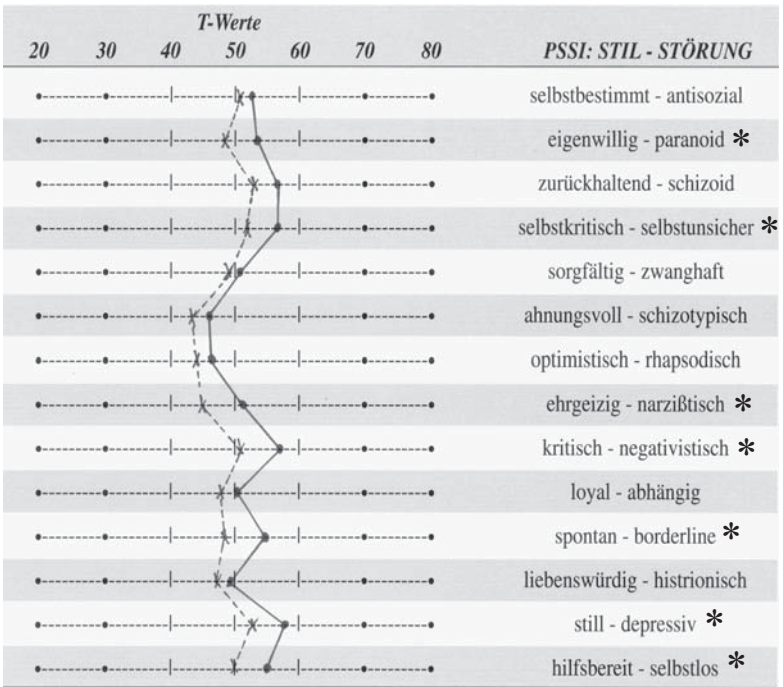
Das Persönlichkeits-Stil- und Störungsinventar (PSSI) ist ein fragebogenartiges Selbstbeurteilungsverfahren, das die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen quantifiziert, die als nicht pathologische (quasi noch

normale) Entsprechungen etablierter psychiatrischer Störungskategorien, d. h. der heute im DSM-IV oder in der ICD-10 klassifizierbaren Persönlichkeitsstörungen, zu verstehen sind. Testtheoretischer Hintergrund ist eine spezielle systemanalytische Persönlichkeitstheorie (PSI-Theorie), die davon ausgeht, dass es zu jeder klinischen Diagnosekategorie, die als »kategoriale typologische Abgrenzung« (im Sinne einer Extremausprägung) verstanden wird, einen analogen unpathologischen, aber dennoch typischen (das Individuum charakterisierenden) Persönlichkeitsstil gibt (Kuhl u. Kazén 1997). Mehrere dieser Stile ergeben dann ein spezielles Stilprofil als Prägung der individuellen Persönlichkeit. Sollten ggf. weitere, z. B. später anamnestisch ermittelte Kriterien hinzukommen, darf auch die passende psychiatrische Diagnose gestellt werden, nicht aber allein aufgrund des Testergebnisses im PSSI.

Die inhaltliche Bandbreite der 14 Stilvarianten dieses Verfahrens lässt sich wie folgt beschreiben:

1. selbstbestimmt – rücksichtslos – antisozial;
2. eigenwillig – misstrauisch – paranoid;
3. zurückhaltend – kühl – schizoid;
4. selbstkritisch – selbstzweifelnd – selbstunsicher;
5. sorgfältig – genau/perfektionistisch – zwanghaft;
6. ahnungsvoll – mystisch – schizotypisch;
7. optimistisch – beschönigend – rhapsodisch;
8. ehrgeizig – egozentrisch – narzisstisch;
9. kritisch – trotzig/bitter – negativistisch;
10. loyal – ängstlich – abhängig;
11. spontan – wechselhaft – borderlinemäßig;
12. liebenswürdig – selbstdarstellerisch – histrionisch;
13. still – gehemmt – depressiv;
14. hilfsbereit – aufopfernd – selbstlos.

Unsere ADHS-Patienten entwickelten sich stil- bzw. störungsmäßig, wie in ■ Abb. 6.4 leicht erkennbar ist, unter der Methylphenidattherapie in allen 14 Persönlichkeitsbereichen weg vom Pol möglicher Persönlichkeitsstörungen (durchgezogene Linie) hin zum Pol entsprechender Persön-



■ **Abb. 6.4.** PSSI-Skalenwerte vor (durchgezogene Linie) und unter (gestrichelte Linie) Methylphenidattherapie. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

lichkeitszüge (gestrichelte Linie), wobei anfangs in keinem Bereich extrem hohe Werte (T-Werte > 70) vorlagen. Signifikante Veränderungen ($p < 0,1$) ergaben sich hier in Form des erlebten Rückgang eigenen miss-trauischen, egozentrischen, trotzig und gehemmten Verhaltens (Skalen 2, 8, 9 und 13).

6.4 Ergebnisdiskussion und Zusammenfassung

Erwachsene mit ADHS haben offensichtlich in hohem Maße psychiatrische Zweiterkrankungen, besonders häufig eine oder mehrere komorbide Persönlichkeitsstörungen. Diese inzwischen vielfach bestätigte Tatsache fand sich auch in unserer Untersuchung ambulanter Patienten vom ADHS-Mischtyp wieder. Allerdings lag bei uns der Schwerpunkt der Persönlichkeitsstörungen im ängstlich-furchtsamen Bereich mit einem hohen Anteil an vermeidend-selbstunsicheren (ca. 40%) und zwanghaft-perfektionistischen (ca. 63%) Ausprägungsformen, nicht dagegen bei emotional-launischen Krankheitsbildern mit z. B. antisozial verletzendem oder emotional instabilem Verhalten. Diese Formen bildeten allerdings die zweithäufigste Gruppe vor den exzentrisch-sonderbaren Persönlichkeitsstörungen.

Die starke psychische Beeinträchtigung unserer Patienten zeigte sich auch in den Ergebnissen der psychologischen Testdiagnostik, wobei hier vor einer spezifischen pharmakologischen Behandlung der ADHS im Kontext primärer Symptombelastung und großer Lebensunzufriedenheit speziell Zwanghaftigkeit, Unsicherheit und Ängste dominierten.

In den speziellen, testtheoretisch – wie dargestellt – sehr unterschiedlich konzipierten Selbstbeurteilungsverfahren zeigten sich unsere Patienten anfangs zwar auch vielseitig psychisch auffällig, allerdings ohne dass sich dabei ein klares und vielleicht sogar als »typisch« zu bezeichnendes Persönlichkeitsprofil erwachsener ADHS-Patienten herausgeschält hätte. Im MMPI-2 waren im Prinzip alle klinischen Skalen erhöht. Im FPI-R stellten sich die Patienten insbesondere leicht erregbar, empfindlich und unbeherrscht sowie des weiteren angespannt, überfordert und gestresst dar. Im PSSI imponierten sie dagegen mit einem eher egozentrischen, trotzig und gehemmten Persönlichkeitsstil.

Unter der anschließenden Behandlung mit Methylphenidat besserte sich dann nicht nur das hyperkinetische Grundleiden sehr deutlich, indem bei 18 Patienten (31,8%) gemäß DSM-IV-Kriterien die ADHS-Diagnose aktuell nicht mehr gestellt werden konnte, sondern es verschoben sich im Mittel über den Untersuchungszeitraum von 4–6 Monaten

auch die in den Persönlichkeitstests gemessenen Persönlichkeitsprofile, und zwar jeweils im positiven Sinne, d. h. hin zu einer psychisch stabileren Persönlichkeit. Während die speziellen Befindlichkeitsverbesserungen im SCL-90-R als zeitlich variable Phänomene noch relativ gut nachzuvollziehen sind, stellen die sonstigen Veränderungen im Sinne einer überdauernden Persönlichkeitsveränderung ein überraschendes Phänomen dar.

Offensichtlich haben wir es hier mit einer über die eigentliche Ziel-symptomatik des ADHS-Komplexes hinausgehenden »therapeutischen« Wirkung zu tun, die aber auch pharmakogen vermittelt sein könnte, d. h. das Methylphenidat hätte als Stimulanz bei bestimmungsgemäßer Anwendung ein breiteres neurochemisches Wirkungsspektrum. Obwohl klar ist, dass diese Substanz in verschiedenen Hirnarealen die Wirkung körpereigener Neurotransmitter verstärkt, u. a. die Wiederaufnahme von Dopamin und Noradrenalin in das präsynaptische Neuron hemmt, sind die genauen Wirkmechanismen bei ADHS noch nicht völlig bekannt. Insofern darf hier auch bezüglich anderer klinischer oder persönlichkeitsstruktureller Zielsymptome nur spekuliert werden. Es wäre zwar denkbar, dass der medikamentöse Eingriff ins dopaminerge Aufmerksamkeits- und Verstärkungssystem zu fundamentalen kognitiven Funktionsänderungen führt, wodurch auch die neurobiologischen Grundlagen von Persönlichkeitsmerkmalen tangiert sein könnten. Naheliegender ist vielleicht, dass unsere sonstigen »klinischen« Verbesserungen eher sekundär, d. h. psychoreaktiv, vermittelt waren: Es sollte nämlich in Betracht gezogen werden, dass hilfeschuchende Erwachsene mit ADHS vor einer Therapie zur Übertreibung ihrer Beeinträchtigungen (mit Niederschlag auch in Persönlichkeitsinventaren) neigen könnten. Andererseits könnten sich positive Reaktionen auf eine Reduktion der ADHS-Symptome ebenfalls auf die Testergebnisse auswirken. Somit muss hier teilweise mit Pseudo-Therapieeffekten gerechnet werden, die sich mittels placebokontrollierter Untersuchungen vermeiden ließen.

Zur Hypothese psychoreaktiver Implikationen würde auch passen, dass die von uns verwendeten Persönlichkeitstests eben nicht automatische emotionale Reaktionen bzw. sehr substratnahe biologische Phäno-

mene abbilden, sondern gemäß ihrer Konzeption eben »nur« erlebte eigene psychische Verfassung bzw. zum Teil personenbezogene soziokulturelle Einschätzungen. Diese sind hier zwar empirisch, nämlich statistisch-faktorenanalytisch auf bestimmte Grunddimensionen der Persönlichkeit hin reduziert bzw. standardisiert, nicht aber, wie die ADHS selbst, sicher konstitutionell oder genetisch verankert. Vielleicht sollte man insofern zwischen einer einerseits abbildbaren Test-Persönlichkeit und andererseits stärker biologisch verankerten Persönlichkeitsmerkmalen unterscheiden. Ob man diese dann »Temperamentseigenschaften« nennen sollte, sei dahingestellt. Mit den Persönlichkeitsstörungen, die als psychiatrische Diagnosen ganz anders definiert und insofern mit den persönlichkeitspsychologischen Grunddimensionen nicht direkt vergleichbar sind, gibt es aber offensichtlich eine »komorbide« klinische Schnittmenge. Entsprechende Überschneidungen im Störungsbild dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es auch für die Kategorien der ICD-10- und DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen keine wirkliche theoretische oder empirische Begründung gibt.

Literatur

- Adam C, Döpfner M, Lehmkuhl G (1999): Pharmakotherapie hyperkinetischer; Störungen im Erwachsenenalter. *Fortschr Neurol Psychiatr* 67: 359–366
- Amelang M, Bartussek D (1990) *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung*. Kohlhammer, Stuttgart
- American Psychiatric Association (APA) (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental-Disorders. Fourth Edition (DSM-IV)*. American Psychiatric Press, Washington DC
- Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM (1991): The tridimensional personality questionnaire: U.S. normative data. *Psychol Rep* 69: 1047–1057
- Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD (1999) *Das Temperament- und Charakter-Inventar (TCI). Ein Leitfaden über seine Entwicklung und Anwendung*. Manual. Swets, Frankfurt am Main
- Derogatis LR (1977) *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual*. Johns Hopkins University, Baltimore
- Downey KK, Stelson FW, Pomerleau OF, Giordani B (1997) Adult attention deficit hyperactivity disorder: Psychological test profiles in a clinical population. *J Nerv Ment Dis* 185: 32–38

- Engel RR (Hrsg) (2000) MMPI-2. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. Deutsche Adaptation. Manual. Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
- Fahrenberg J, Hampel R, Selg H (2001) FPI-R. Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. Manual. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle
- Franke G (1995) SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Manual. Beltz, Göttingen
- Groß J, Blocher D, Trott GE, Rösler M (1999) Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Nervenarzt* 70: 20–25
- Herpertz S, Saß H (2003) Psychiatrische Konzepte von Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen* 7: 140–150
- Herrmann T (1991) Lehrbuch der empirischen Persönlichkeitsforschung, 6. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Krause J, Krause KH (2003) ADHS im Erwachsenenalter. Schattauer, Stuttgart
- Krause J, Biermann N, Krause KH (2002) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Alkoholikern. *Nervenheilkunde* 21: 156–159
- Kuhl J, Kazén M (1997) Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI). Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle
- McCrae RR, Costa PT (1999) A five-factor theory of personality. In: Pervin LA, John OP (eds) *Handbook of personality: Theorie and research*. Guilford, New York, pp 139–153
- Nigg JT, Blaskey LG, Huang-Pollock CL, Hinshaw SP, John OP, Willcutt EG, Pennington B (2002) Big five dimensions and ADHD symptoms: Links between personality traits and clinical symptoms. *J Pers Soc Psychol* 83: 451–469
- Rösler M (2001) Das hyperkinetische Syndrom im Erwachsenenalter. *Psycho* 27: 380–384
- Rösler M, Retz W, Blocher D, Retz-Junginger P, Thome J, Wender PH (in Vorbereitung) Das Wender-Reimherr Interview zur Diagnose einer adulten HKS – deutsche Validierungsuntersuchung
- Ward MF, Wender PH, Reimherr FW (1993) The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 150: 885–890
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern
- Wender PH (1995) Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. Oxford Univ Press, New York Oxford
- Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T (1997) SKID – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Hogrefe, Göttingen