

Interview

"ADHS wächst sich nicht bei allen aus"

Laut, schwierig, ungezogen - das ist typisch für Kinder mit ADHS. Erwachsene Patienten verhalten sich aber anders. Warum sie umgänglicher sind, erklärt der Psychiater Professor Johannes Thome im Interview.

Das Interview führte Thomas Müller

Ärzte Zeitung: Bei Kindern mit ADHS heißt es häufig, "das wächst sich aus". Wie oft ist das tatsächlich der Fall?

Professor Johannes Thome: Die Vorstellung, ADHS wächst sich bei allen aus, ist sicher falsch. Aber ebenso wenig wird jedes Kind mit ADHS auch als Erwachsener darunter leiden.

Mit der Reifung des Gehirns gehen die Symptome bei etwa zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen soweit zurück, dass sie keine weitere Behandlung benötigen. Ein Drittel hat aber noch im Erwachsenenalter klinisch relevante Symptome.

Wie unterscheiden sich diese Beschwerden von denen bei Kindern und Jugendlichen?

Thome: Erwachsene haben meist gelernt, ihre Hyperaktivität zu kontrollieren. Sie berichten dann mehr von einer inneren Unruhe, sie suchen nach einer sozial akzeptierten Entschuldigung, wenn sie deswegen etwa eine Sitzung verlassen wollen.

Probleme machen den Erwachsenen viel eher Konzentrationsdefizite und die vielen Komorbiditäten. Häufig kommen Sucht, Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen hinzu. ADHS in Reinform wie bei Kindern und Jugendlichen wird man bei Erwachsenen selten finden.

Interessant ist auch die Geschlechterverteilung: Etwa die Hälfte der erwachsenen ADHS-Patienten sind Frauen, bei Minderjährigen überwiegen dagegen Jungen.

Möglicherweise wird ein ADHS bei Mädchen seltener erkannt, weil sie nicht so störend auffallen wie Jungs. Sie sind oft weniger hyperkinetisch, dafür aber leichter ablenkbar und wirken verträumt.

Im Gegensatz zu den männlichen ADHS-Patienten stören sie beispielsweise den Unterricht weniger durch Umherlaufen, sondern schauen eher geistesabwesend aus dem Fenster.

Man kann sich vorstellen, dass der Umgang mit ADHS-Patienten nicht immer leicht ist. Sie vergessen vielleicht ihre Termine oder hören dem Arzt nicht zu. Wie sind da Ihre Erfahrungen?

Thome: Psychiater sind es ja gewohnt, mit Patienten umzugehen, die Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Mein persönlicher Eindruck ist aber: ADHS-Patienten sind eher umgänglich und dankbar, da man ihnen gut helfen kann.

Sie sprechen oft innerhalb weniger Tage auf die medikamentöse Therapie an - das ist ungewöhnlich schnell in der Psychiatrie.

Es kann aber durchaus ein Problem sein, dass sie aufgrund ihrer Desorganisation gerade langfristig angelegte Termine vergessen. Hier genügt es oft, am Tag vor dem Termin die Patienten zu erinnern.

Und stellt man im Gespräch fest, die Aufmerksamkeit lässt nach, weil sie nervös und unaufmerksam werden, dann reicht häufig eine kleine Pause. Im Allgemeinen sind die Patienten extrem kooperativ - sie sind froh, dass die Krankheit endlich richtig erkannt und behandelt wird. Oft war das über Jahre hinweg nicht der Fall.

Bei Erwachsenen mit ADHS stehen ja oft Komorbiditäten wie Sucht oder Depression im Vordergrund. Wird das ADHS dadurch nicht häufig übersehen?

Thome: Bei schweren Suchterkrankungen oder schweren Depressionen wird vielleicht übersehen, dass diese Störungen mit einem ADHS zusammenhängen. Gerade im stationären Bereich kommen die Patienten ja nicht wegen eines ADHS, sondern wegen solcher Begleiterkrankungen. Wenn Ärzte da nicht bewusst nachhaken, wird ein ADHS oft nicht diagnostiziert.

Ansonsten reichen initial ein paar orientierende Fragen, etwa "Sind Sie leicht gelangweilt oder leicht ablenkbar, verspüren Sie eine innere Unruhe?"

Solche Fragen sollten Psychiater generell bei einem Erstgespräch stellen, so wie man das auch zu Abklärung einer Psychose, einer Persönlichkeitsstörung oder der Suizidgefahr macht. Werden die Fragen bejaht, kann man nachhaken und zunächst Rating-Instrumente ansetzen. Falls auch diese positive Ergebnisse liefern, ist eine komplette ADHS-Diagnostik nötig.

Ist es in der Praxis problematisch, dass sich Medikamente wie Methylphenidat nur über ein BTM-Rezept verordnen lassen?

Thome: Wenn Ärzte den Umgang mit BTM-Rezepten einmal gewohnt sind, dann ist das kein Problem. Man muss die Rezepte von den Behörden anfordern, das Ausstellen selbst ist standardisiert.

Dabei gilt es auf einige Besonderheiten zu achten, etwa die genauen Mengen einzutragen. Es ist am Anfang einmalig etwas Zeit nötig, um sich mit diesen Problemen auseinanderzusetzen, dann wird das alles Routine.

Demnächst wird es neben einem Methylphenidat-Präparat auch Atomoxetin für Erwachsene geben - das lässt sich dann ohne BTM-Rezept verschreiben. Die meisten Guidelines empfehlen aber weiterhin Stimulanzien zur Firstline-Therapie.

Schwingt bei einem BTM-Rezept nicht immer auch die Vorstellung mit, das Medikament könnte abhängig machen?

Thome: Es ist zunächst richtig, dass Stimulanzien wie Methylphenidat über ein BTM-Rezept verschrieben werden, schließlich handelt es sich um Derivate von sogenannten Aufputschmitteln.

ADHS-Patienten werden davon aber nicht aufgeputscht oder abhängig, sie reagieren eher paradox, werden dadurch innerlich ruhiger und konzentrierter.

Doch auch wenn das Suchtpotenzial gering ist, in falschen Händen lässt sich ein Abhängigkeitsrisiko bei Menschen ohne ADHS nicht ausschließen, etwa bei Studenten, die Stimulanzien vor Prüfungen zum Hirndoping nehmen.

Ärzte sollten daher schon sehr genau schauen, ob sie wirklich jemanden mit ernstesten ADHS-Symptomen vor sich haben, der ein solches Medikament auch wirklich benötigt.