

Aktuelle Verhaltenstherapie

Heft 10 Okt. 1999

**Die Aufmerksamkeitsdefizit-/
Hyperaktivitätsstörung
des Jugend- und Erwachsenenalters**

**Psychosomatische Fachklinik
Bad Dürkheim**

Herausgeber: Psychosomatische Fachklinik
Ltd. Arzt
Dr. med. Klaus G. Limbacher
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Kurbrunnenstraße 12
67098 Bad Dürkheim
Tel. 0 63 22 / 9 34 - 2 59
Fax 2 66

Redaktion: Dipl. Psych. Stefan Leidig
Dr. med. Klaus G. Limbacher

1. Auflage 1999 1000 Exemplare

ISSN 1432-5845

Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

Andreas von Pein

**Die Aufmerksamkeitsdefizit-/
Hyperaktivitätsstörung des
Jugend- und Erwachsenenalters**

(*ADS, ADD* oder *ADHD* - Syndrom)

**Ansprechpartner für den Bereich Aufmerksamkeits-
defizitstörung:**

**Dr. med. Andreas von Pein, Leitender Internist
Facharzt f. Innere Medizin,
Facharzt f. Psychotherapeutische Medizin
- Rehabilitationswesen -**

**Telefonische Sprechzeit:
Freitags 11.00 - 12.00 Uhr
Tel. 0 63 22 / 9 34 - 2 42
Fax 2 66**

**Außerhalb dieser Sprechzeit erreichbar unter
Tel. 0 63 22 / 9 34 0**

Inhaltsverzeichnis

I. Einführung	4
II. Kurzbeschreibung des Krankheitsbildes	4
III. Ursachen	7
IV. Differentialdiagnose	8
V. Therapie	8
VI. Indikation zur stat. Behandlung	
11	
Literatur	
14	

I. Einführung

Der „Zappelphilipp“ aus dem „Struwwelpeter“ ist seit vielen Jahren als Krankheitsbild des „hyperkinetischen Syndroms“ im Kindes- und Jugendalter bekannt und wird mit medikamentösen und psychotherapeutischen Methoden erfolgreich behandelt. Daß diese Erkrankung auch im Erwachsenenalter oft noch fortbesteht, wurde lange Jahre vernachlässigt. In den USA haben sich inzwischen viele Forscher diesem Thema ausführlich gewidmet und entsprechend auch klare Diagnosen, Richtlinien und sowohl psychotherapeutische, als auch medikamentöse Behandlungsformen entwickelt. Es besteht die Überzeugung, daß dieser Erkrankung eine neurochemische Störung zugrunde liegt, die auch durch entsprechende Stoffwechselfmessungen mit SPECT nachgewiesen wurde. Entsprechend ist auch eine medikamentöse Behandlung indiziert, die aber wegen der ausgeprägten Verhaltensstörungen und der damit verbundenen emotionalen Instabilität mit Psychotherapie kombiniert werden muß.

II. Kurzbeschreibung des Krankheitsbildes

Es finden sich zwei besondere Ausprägungen des obengenannten Syndroms, auf der einen Seite das Aufmerksamkeitsdefizit, auf der anderen Seite die Hyperaktivität. Im Erwachsenenalter ist insbesondere das Aufmerksamkeitsdefizit auffällig. Trotz normaler oder sogar hoher Intelligenz fällt es diesen Patienten extrem schwer, sich auf irgendeine Aufgabe zu konzentrieren, sondern offensichtlich schießen ihnen bei jeder Tätigkeit ablenkende Gedanken in den Kopf, die verhindern, daß sie die gerade

begonnene Tätigkeit auch abschließen. Dies führt bei den Patienten zu einer meist ausgeprägten Unordnung bis hin zu Chaos, viele Dinge werden nur halb oder gar nicht erledigt (z.B. Rechnungen nicht bezahlt), und die Patienten können auch wichtige Unterlagen nicht finden. Sie versuchen sich deshalb immer nur gerade auf das aktuell anstehende Problem zu konzentrieren, um wenigstens dies sachgerecht zu lösen. Dabei ist auffällig, daß die Patienten durchaus auch vorübergehend zu einer sehr guten Konzentration fähig sind, wenn der Anforderungscharakter der Aufgabe sehr hoch ist, d. h. wenn die Patienten auch eher in Hochspannung oder Erregung sind. In einer solchen Situation sind die Patienten oft sogar zu außergewöhnlichen Leistungen imstande. Dies führt in der Folge dazu, daß die Patienten immer wieder eher auch erregende Situationen aufsuchen, da sie dann mit ihren Erfolgen auch positive Bestätigung erzielen. D.h. manche dieser Patienten neigen dann auch zu ständigem Aufsuchen von Extremsituationen, z.B. im Sport oder wechseln häufig ihren Partner oder Arbeitsplatz, wobei sie zunächst einen sehr positiven Eindruck machen, nach längerer Zeit dann insbesondere wegen ihrer chaotischen Alltagsgestaltung enttäuschen. Die psychischen Folgen dieses Verhaltens sind wegen des ständigen Versagens auch massive Selbstzweifel, Unzufriedenheit, Gereiztheit und reaktiv depressive Verstimmungen. Häufig neigen die Patienten zu Alkoholabusus, Medikamentenabusus oder Drogenabusus. Falls sie auch Amphetamine einnehmen, erleben sie einen paradoxen Effekt, sie werden ruhiger und konzentrierter und nicht stimuliert. Aus diesem Grund werden bei diesen Patienten Amphetamine auch therapeutisch-medikamentös eingesetzt.

Des weiteren besteht bei den Patienten häufig eine Hypersensibilität und emotionale Impulsivität. Die Patienten

schwanken zwischen Begeisterung und Rückzug, sind außergewöhnlich engagiert und zugewandt, wechseln zwischen Gereiztheit, Übellaunigkeit und abweisendem Verhalten. Sie nehmen meist eher leicht Kontakt auf, bemühen sich um Harmonie, sind aber kaum auszuhalten. Sie legen Wert auf Selbständigkeit, nehmen aber auf der anderen Seite andere Menschen für sich ohne Rücksicht in Anspruch. Oft sind sie außerordentlich begabt, sich in andere Menschen hinein zu versetzen. Die Zeichen der Hyperaktivität bestehen in einer ständigen Unruhe sowohl seelisch als auch körperlich, z. B. ständiges Wippen mit dem Bein oder auf den Tisch klopfen. Die Betroffenen können es nicht lange in einer Situation aushalten, sie fallen anderen Menschen ins Wort, sie können schlecht abwarten, können Spannungen nicht aushalten, reden laut und unterbrechen andere.

Die Patienten haben oft eine ausgeprägte Phantasiefähigkeit, u. a. auch in Form von Tagträumen; hierbei handelt es sich wohl um einen Ausgleich ihres sonst erlebten Versagens und wir finden diese Störung auch schon früh bei Schülern, jedoch wird diese „Fluchtmöglichkeit“ auch im Erwachsenenalter noch gerne weiter gepflegt.

Neben dieser mehr psychischen Symptomatik haben die Pat. meist ein schlechtes Schriftbild, insbesondere unter Zeitdruck wird es unleserlich, häufig finden sich auch eine Lese- und Rechtschreibschwäche, eine Rechenschwäche, eine ausgeprägte Leseunlust und ein verlangsamtes Lesetempo. Bei Kindern und auch Erwachsenen wird bei ca. 30% auch das Auftreten von Ticks beschrieben, u. a. auch das „Gilles de la Tourette-Syndrom“

III. Ursachen

Übereinstimmend besteht die Vermutung, daß es sich im wesentlichen um eine neurochemische Störung handelt, und zwar insbesondere im Bereich des Dopaminstoffwechsels, dafür spricht auch die gute bekannte pharmakologische Wirksamkeit der Amphetamine. Durch SPECT-Untersuchungen konnten auch in der linken Frontal- und Parietal-Hirnregion (Bereiche, die insbesondere für die Aufmerksamkeitskontrolle zuständig sind), deutliche Stoffwechsellinderungen festgestellt werden. Es handelt sich um eine komplexe Dysregulation von Neurotransmittern, insbesondere im limbischen System und dem Frontallappen. Die Folge ist, daß offensichtlich Informationen aus anderen Hirnarealen zu wenig gehemmt und kontrolliert werden, so daß die Patienten von Informationen überschwemmt werden und ihre Gefühlsreaktionen nicht bremsen können. Eindeutig nachgewiesen ist eine ausgeprägte familiäre Häufung der Störung, die eine genetische Ursache nahelegt. Werden Kinder mit einer familiären Belastung adoptiert, zeigt sich, daß der Einfluß von Erziehung und Umwelt nur wenig bedeutsam ist.

IV. Differentialdiagnose

Bei dem oft auffälligen Verhalten der Patienten und ihrem häufigen Scheitern sowohl in Schule, als auch Ausbildung, als auch in Partnerschaften, finden sich deutliche Überschneidungen bzw. Komorbidität zu sogenannten Persönlichkeitsstörungen wie dissozialen Verhaltens- oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen, des weiteren läßt die Symptomatik auch an Störungen aus dem Depressions- und Angstbereich denken. Zur differentialdiagnostischen Klärung ist deshalb die Anamnese, möglichst auch unter der Einbeziehung von Angehörigen dringend notwendig, da zur Diagnose eines ADS nachgewiesen werden muß, daß eine entsprechende Symptomatik schon in der Kindheit begonnen hat.

V. Therapie

1. Erster Schritt: Klärung der Diagnose und Information.
Die meisten Patienten haben ein chronisches Leiden, das bisher in keine „Erklärungsschublade“ paßte, sondern als abnorme Persönlichkeitsvariante oder schlimmstenfalls als Charakterschwäche u. ä. bezeichnet und insbesondere auch erlebt wurde. Für die Patienten bedeutet es eine enorme Erleichterung, ihr Krankheitsbild als solches beschrieben zu sehen, dafür auch Verständnis vom behandelnden Arzt oder Therapeuten zu bekommen, die komplexe Symptomatik unter einem Oberbegriff einordnen zu können und zu wissen, daß es sich um eine zumindest teilweise genetisch bedingte und den Gehirnstoffwechsel beeinflussende Erkrankung handelt, d. h. allerdings auch, daß eine alleinige psychotherapeutische

Behandlung die Symptome nicht beseitigen kann, sondern daß es vielmehr darum geht, mit der Symptomatik anders umgehen zu lernen und die Lebensgestaltung zu verändern.

2. Psychotherapie des ADS-Syndroms:

Im Vordergrund der Therapie stehen Selbstregulationstechniken wie Selbstbeobachtung, Strukturierung des Tagesablaufs, Zeiteinteilung, Setzen von Prioritäten, Planung und Durchführung anstehender Aufgaben, Zielbestimmung, Gefühlsregulation, Selbstberuhigung, soziales Kompetenztraining.

3. Medikamentöse Behandlung:

Die Erfahrungen aus der Kindertherapie zeigen, daß mit Amphetaminen gute Erfolge zu erzielen sind. Bei Erwachsenen hat man bisher mit der Verordnung entsprechender Medikamente gezögert, da die Angst vor einem Abusus besteht. Da aber bei diesen Patienten die Wirkung ganz anders ist als bei Drogenabhängigen, die diese als „Stimulantien“ benutzen, hat man bisher auch keine Abhängigkeit bei ADS-Patienten beobachten können.

4. Die Wirkung: Unter Amphetaminen kommt es zu einer meist eindeutigen Abnahme des impulsiven Verhaltens und der Ablenkbarkeit, während Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit zunehmen. Bei Kindern ist eindeutig nachgewiesen worden, daß die Interaktionsfähigkeit sich verbessert. Nebenwirkungen sind Schlafstörungen und Abnahme des Appetits. In placebokontrollierten Untersuchungen konnte auch bei Erwachsenen nachgewiesen werden, daß die positiven

Reaktionen auch bei Langzeitgabe persistieren und bei einer Reduktion der Medikation die Symptomatik wieder erneut auftritt. Die Wirkung ist bei Erwachsenen eindeutig dosisabhängig und muß individuell ausgetestet werden. Bei mindestens 52% der so diagnostizierten Patienten kann ein eindeutig positives Ansprechen festgestellt werden. Bei 30-50% der Erwachsenen allerdings ist die alleinige Gabe von Stimulantien nicht ausreichend, hier empfiehlt sich zusätzlich die Gabe von trizyklischen Antidepressiva oder auch neuerer Antidepressiva wie Fluvoxamin. Die Patienten sind häufig schwer zu einer konsequenten medikamentösen Behandlung zu motivieren. Die dadurch erzielten Veränderungen fallen manchmal den Mitmenschen mehr als den Patienten selbst auf.

5. Psychotherapie der Komorbidität:

Als Folge der Erkrankung treten oft erhebliche Probleme verschiedensten Ausmaßes auf, insbesondere Leistungsprobleme in Schule und Beruf, Partnerschaftsprobleme, Probleme in allen sozialen Situationen, Medikamenten-, Drogen- und Alkoholmißbrauch und Depressionen oder Ängste. Diese Symptomatik ist sorgfältig von der Ursprungssymptomatik zu trennen und entsprechend auch gezielt psychotherapeutisch anzugehen in Form von Problemanalyse, Alkoholabstinenz, Verzicht auf nicht verordnete, psychotrope Medikamente oder Drogen, Kommunikationstraining, Selbstsicherheitstraining, antidepressiven Problembewältigungstechniken etc.

VI. Indikation zur stationären Behandlung

Jede ambulante Behandlung ist einer stat. Behandlung vorzuziehen, da sie ermöglicht, die aktuellen Lebensprobleme der Patienten zu berücksichtigen und konkret auf die Bewältigung dieser Probleme auch einzugehen. Da es bei diesen Patienten aber oft zu akuten Krisen kommt, bei denen sämtliche Lebensbereiche betroffen sind, z.B. heftige familiäre Konflikte und schulisches oder berufliches Versagen sowie akute Depressivität ist eine stationäre Behandlung indiziert, wenn die Komplexität der Problematik den Patienten überfordert oder wenn die Familie nicht mehr bereit ist, ständig mit Hilfestellungen einzuspringen. Solche Krisen entstehen insbesondere in sogenannten Schwellensituationen, d.h. im Rahmen der Ablösung aus dem Elternhaus, im Rahmen von Examenssituationen, besonderen beruflichen Belastungen und zugespitzten familiären Konflikten, bei denen eine Trennung droht oder gerade vollzogen wurde. Auch bei *Substanzmißbrauch* wie Alkohol oder Drogen, die kompensatorisch eingesetzt werden, ist bei ausreichender Krankheitseinsicht eine stationäre Behandlung indiziert (ausgeschlossen bei einer Abhängigkeit). Für diese Patienten erscheint es sehr günstig, daß sie außerhalb ihres Lebensmilieus auf Bedingungen treffen, bei denen sie zunächst Abstand von den äußeren Belastungen und Anforderungen finden und gleichzeitig sich intensiv mit der Erkrankung und deren Bewältigungsmöglichkeiten auseinandersetzen können. Hier kann unter Kontrolle des spezifisch geschulten Personals eine optimale individuell austarierte medikamentöse Dosis gemeinsam mit dem Patienten gefunden und seine Motivation zur konsequenten Einnahme der Medikamente erhöht werden.

Unter stationären Bedingungen hat der Patient eine intensive Möglichkeit, seine Selbstwahrnehmung mit den Reaktionen und Bewertungen der Therapeuten und Mitpatienten in einem akzeptierenden Milieu zu vergleichen und Erfahrungen mit anderen Umgangsformen zu machen. Sehr sinnvoll ist auch die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie, da bei diesen Patienten gerade im Kontakt mit anderen Menschen erhebliche Störungen auftreten, außerdem können sie hier gezielt spezifische Kompetenzen erwerben, wie z. B. Tagesplanung, Zeiteinteilung, Streßbewältigung, Entspannungstraining, Selbstsicherheitstraining, Kommunikationstraining, Abbau von Spannung auch durch verschiedene Sportangebote, Umgang mit akut anstehenden Konflikten und Einbeziehung der Partner und der Familie zu gemeinsamen Gesprächen. Auch im ambulanten Bereich hat sich gezeigt, daß spezifische Gruppentherapien von den Patienten als sehr hilfreich und unterstützend erlebt werden. Information, Aufklärung, Anleitung, Anregung sind wesentliche Therapiemaßnahmen, die in einem stationären Setting mit den verschiedenen Kompetenzen der Mitarbeiter auf medizinisch-psychologischer, sport- und ergotherapeutischer Sicht gut koordiniert werden. Im ergotherapeutischen Bereich wird ein spezielles Konzentrations- und Durchhaltetraining mit spezifischen Aufgabestellungen durchgeführt. Da die Patienten häufig im Arbeitsbereich scheitern, wird durch die soziotherapeutische Abteilung die dort entstandene Problematik analysiert und sowohl im Klinikrahmen als auch extern Arbeitsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt, bei denen die Patienten ihr Arbeitsverhalten überprüfen und neue Bewältigungsstrategien entwickeln können. Evtl. sind auch Kontakte zum Arbeitgeber herzustellen oder Umschulungsmaßnahmen etc. zu empfehlen.

Literatur

- AWMF. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Diagnose und Behandlung von hyperkinetischen Störungen (F 90). <http://www.uni-duesseldorf.de/www/AWMT/II/kjpp-D19.htm>
- Groß, J. (1999). Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Nervenarzt*, 1.
- Hallowell, E., Ratey, J. (1998). *Zwanghaft zerstreut. ADD - Die Unfähigkeit aufmerksam zu sein.* Rowohlt.
- Hartmann, T. (1997). *Eine andere Art die Welt zu sehen.* Verlag Schmidt-Römhild
- Krause, K.H. (1998). Das hyperkinetische Syndrom des Erwachsenenalters. *Nervenarzt*, 7.
- Nadeau, K.G. (ed.) (1995). *A comprehensive guide to attention deficit disorder in adults.* Brunner & Mazel.
- Zametkin, A. J. (1999). Problems in the Management of Attention-Deficit Hyperactivity disorder. *The New England Journal of Medicine*, 1.