

Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter - Folgen und Konsequenzen

Prof.Dr. rer.nat. em. Rolf-Dieter Stieglitz

10.4.2019



Gliederung

- Was verbirgt sich hinter der Abkürzung ADHS?
- Woran erkenne ich einen möglichen ADHS-Patienten im Erwachsenenalter?
- Wie diagnostiziere ich einen adulten ADHS-Patienten?
- Wie häufig kommen adulte ADHS-Patienten vor?
- Wie oft kommen komorbide Störungen vor?
- Welche Folgen hat eine unbehandelte ADHS?
- Wie kann ich einen adulten ADHS-Patienten erfolgreich behandeln?
- Fazit

Gliederung

- **Was verbirgt sich hinter der Abkürzung ADHS?**
- Woran erkenne ich einen möglichen ADHS-Patienten im Erwachsenenalter?
- Wie diagnostiziere ich einen adulten ADHS-Patienten?
- Wie häufig kommen adulte ADHS-Patienten vor?
- Wie oft kommen komorbide Störungen vor?
- Welche Folgen hat eine unbehandelte ADHS?
- Wie kann ich einen adulten ADHS-Patienten erfolgreich behandeln?
- Fazit

Begriffsvielfalt

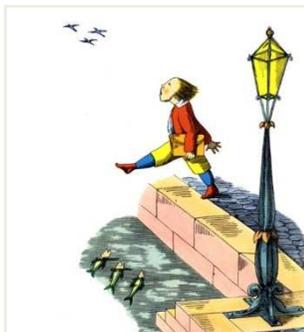
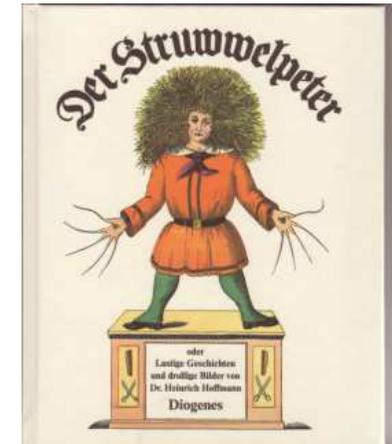
- früher Vielzahl unterschiedlicher, z.T. verwirrender Abkürzungen:

**ADD, ADHD, ADS, ADHS,
HKS, POS, usw.**

- Hintergrund
 - historisch bedingt
 - deutsche oder englische Abkürzungen
 - konzeptuelle Uneinigkeit bzw. unterschiedliche Schwerpunktsetzung
- heute:
 - ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-/
Hyperaktivitätsstörung**

Ursprünge des Konzepts

- Heinrich **Hoffmann** (Allgemeinarzt und Psychiater) (1809-1894)
 - Kinderbuch „**Struwwelpeter**“ (1. Aufl. 1845)
 - wichtig: Zappelphilipp (2. Aufl. 1846) und Hans-Guck-in-die-Luft (5. Aufl. 1847)



Gliederung

- Was verbirgt sich hinter der Abkürzung ADHS?
- **Woran erkenne ich einen möglichen ADHS-Patienten im Erwachsenenalter?**
- Wie diagnostiziere ich einen adulten ADHS-Patienten?
- Wie häufig kommen adulte ADHS-Patienten vor?
- Wie oft kommen komorbide Störungen vor?
- Welche Folgen hat eine unbehandelte ADHS?
- Wie kann ich einen adulten ADHS-Patienten erfolgreich behandeln?
- Fazit

Fallbeispiel

David D., ein 35-jähriger Mann erschien mit seiner Frau aufgrund chronischer Beziehungsschwierigkeiten. Diese rührten von der „Persönlichkeit“ des Patienten her. Seine Frau beschreibt ihn zwar als „liebend und fürsorglich“, bezeichnet es aber als unmöglich, mit ihm zusammenzuleben. Er war für die administrative Verwaltung des Haushaltes zuständig, erledigte diesen Job aber miserabel. Rechnungen wurden nicht rechtzeitig bezahlt und Reparaturen wurden versäumt. Steuerbelege wurden immer verlegt und der Zeitpunkt der Bezahlung der Steuern wurde nicht eingehalten. Auf diese Schwierigkeiten reagierte er mit kurzen Ausbrüchen von Ärger; er explodierte verbal, niemals physisch und beruhigte sich danach schnell wieder. Seine gute Laune kehrte jeweils innerhalb von Minuten zurück, während sich die Ehefrau für den Rest des Tages Sorgen machte. Aufgrund seiner Unruhe fand sie es schwer, ihn um sich zu haben. Er sass nicht still, weder beim Nachtessen noch vor dem Fernseher und tippte immer während mit seinen Füßen und Fingern. Seine Impulsivität war ebenfalls ein Problem; er sprach ohne zu überlegen, verletzte ihre Gefühle, brachte die Kinder durcheinander und verhielt sich feindlich gegenüber Freunden. Ebenso erlag er wiederkehrenden Kaufimpulsen, welche die Familienschulden erhöhten. Das Paar wurde beraten und erhielt eine Kommunikationstherapie, ohne wertvollen Nutzen.

☞ **Mustererkennung**

wichtig: ca. 90% vorher nie Diagnose!!!!

Gliederung

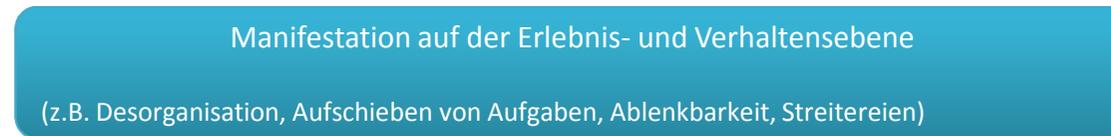
- Was verbirgt sich hinter der Abkürzung ADHS?
- Woran erkenne ich einen möglichen ADHS-Patienten im Erwachsenenalter?
- **Wie diagnostiziere ich einen adulten ADHS-Patienten?**
- Wie häufig kommen adulte ADHS-Patienten vor?
- Wie oft kommen komorbide Störungen vor?
- Welche Folgen hat eine unbehandelte ADHS?
- Wie kann ich einen adulten ADHS-Patienten erfolgreich behandeln?
- Fazit

ADHS im Erwachsenenalter

Ebene 1



Ebene 2



Ebene 3



Klassifikation in der ICD-10

Abschnitt „F9 Verhaltens und emotionale Störungen mit **Beginn** in der Kindheit und Jugend“

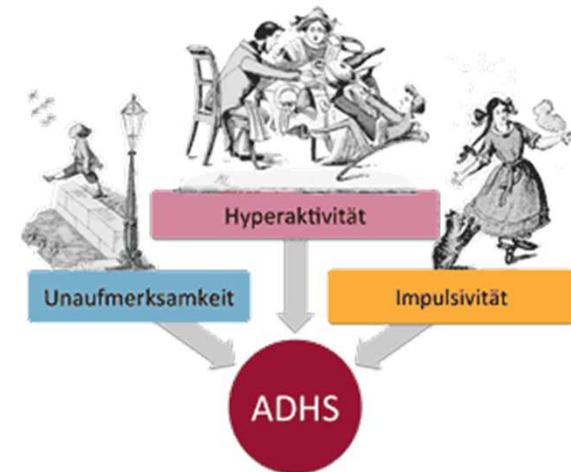
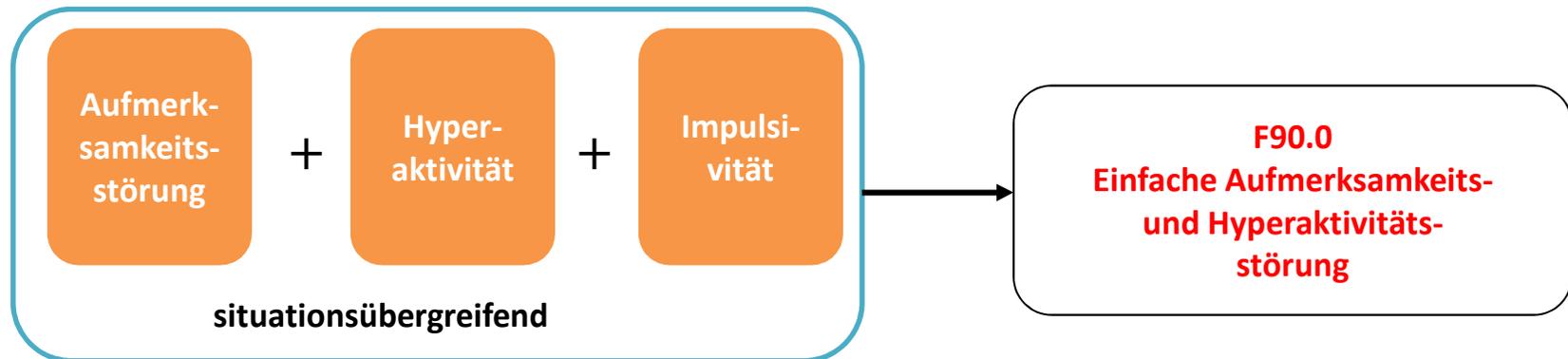
- F90 hyperkinetische Störungen
- F90.0 einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
 - **Beginn und Verlauf:** vor 7. Lebensjahr, mind. 6 Monate
 - **Symptomkriterien**

Überaktivität (mindestens 3 Symptome)	<ol style="list-style-type: none">1 ist unruhig mit Händen und Füßen2 kann nicht sitzen bleiben3 läuft häufig herum4 ist laut bei Aktivitäten5 exzessive motorische Aktivitäten
Impulsivität (mindestens 1 Symptom)	<ol style="list-style-type: none">1 platzt mit Antworten heraus2 kann schlecht warten3 unterbricht und stört andere4 redet exzessiv

Unaufmerksamkeit (mindestens 6 Symptome)	<ol style="list-style-type: none">1 ist unaufmerksam gegenüber Details2 hat Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit aufrechtzu- erhalten3 hört scheinbar nicht zu4 kann Erklärungen nicht folgen, Pflichten nicht erfüllen5 hat Probleme, zu organisieren6 vermeidet Aufgaben, die geistiges Durchhaltevermö- gen verlangen7 verliert Dinge8 ist häufig abgelenkt9 ist vergesslich im Alltag
---------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

☞ **dort nicht als ADHS bezeichnet!!**

ADHS-Diagnosen nach ICD-10



DSM-5:

Neuerungen gegenüber DSM-IV

- Veränderung der **Schwelle** für den Erwachsenenbereich (jeweils 5/9)
- **inhaltliche Veränderungen** Beispiele Kriterien (u.a. mehr für Erwachsenenbereich geeignet)
- **Altersgrenze**: 12 Jahre statt 7 Jahre
- **keine Subtypen** mehr i.e.S., nur noch sog. «Specifier» (z.B. «combined presentation»)

wichtig: vermutlich ICD-11 ebenso!! (ab 2022)

Zentrale Fragen bei der Abklärung

- Bei der Abklärung einer ADHS-Diagnose sollten **vier grundsätzliche Fragen** beantwortet werden:
 - Ist zweifelsfrei bewiesen, dass die ADHS-Symptome **schon in der frühen Kindheit vorhanden** waren, welche, zumindest ab Mitte der Schuljahre, zu substanziellen und chronischen Beeinträchtigungen in verschiedenen Bereichen geführt haben?
 - Existieren überzeugende Beweise, dass die ADHS-Symptome dem Patienten gegenwärtig wesentliche und beständige **Beeinträchtigungen in verschiedenen Bereichen** verursachen?
 - Gibt es **andere Störungen**, welche das aktuelle klinische Bild besser erklären als die ADHS?
 - Weisen Patienten, welche die Kriterien für eine ADHS erfüllen, **andere psychische (komorbide) Störungen** auf?

Bausteine der Diagnosestellung einer ADHS im Erwachsenenalter

- Komplette psychiatrische Anamnese
- Erfassung von Differenzialdiagnosen und Komorbiditäten
- Ausschluss organischer psychischer Störungen
- Standardisierte psychologische Untersuchungsinstrumente

☞ zeitaufwändig, da das gesamte Leben Gegenstand der Beurteilung ist!!

ADHS: Anamnese

Allg. Angaben	u.a. sozio.-dem. Angaben, frühere Abklärung
Familienanamnese	u.a. familiäre Situation, Geschwister, Eltern
Psychiatrische Anamnese	u.a. aktuelle und frühere Behandlungen , Depression und Suizidalität, aktueller und früherer Konsum von Substanzen
Psychiatrische Familienanamnese	u.a. Erkrankungen in der Familie wie ADHS
Entwicklungsgeschichte	u.a. Geburtskomplikationen, Entwicklungsverzögerungen, ernsthafte Kinderkrankheiten
Schulische Entwicklung	u.a. Schulprobleme, Zeugnisse , Abschluss, Probleme Hausaufgaben
Beruflicher Werdegang	u.a. Ausbildung, ausgeübte Tätigkeiten , Kündigungen, Probleme
Medizinische Anamnese	Aktuelle und frühere körperliche Erkrankungen, hier auch Unfälle
Soziale Anamnese	u.a. überwiegende Stimmungslage, soziale Beziehungen, Führerschein, Probleme durch ADHS

in der Literatur: Auszug Zeugnis

Die Oliver-Polak-Show hatte in der ersten Klasse der Grundschule Premiere. Die Kritiken waren auch durchweg positiv. Im ersten Zeugnis stand:

→ »Oliver ist mit Interesse bei allen Fächern dabei. Seine Einfälle sind oft unterrichtserheiternd und belebend.«

Das spornte mich natürlich an, und ich begann, mich zu spezialisieren, mich nur noch auf meine Kernbegabungen zu konzentrieren. Diese Bemühungen wurden erkannt und respektiert. Im zweiten Zeugnis hieß es schon:

→ »Oliver ist häufig nicht in der Lage, sich im Unterricht zu konzentrieren. Er lenkt seine Mitschüler oft ab und arbeitet dann auch nur sehr flüchtig.«

Etwas negativ formuliert, aber durchaus zutreffend, genau wie die Schlußfolgerung, die meine Lehrer aus der vielumjubelten 85er Grundschultournee zogen:

→ »Oliver hat die Bedeutung von Schule und schulischer Leistung noch immer nicht erfaßt.«

Nur meine Mutter machte sich Sorgen und spähte einen Kinderpsychologen in Oldenburg aus. Mir erzählte sie, daß wir zum Einkaufen fahren, aber als wir in Oldenburg ankamen, hielten wir nicht wie gewohnt bei der Fußgängerzone, sondern auf dem Parkplatz einer Arztpraxis.

Oliver Polak,
dt. Kabarettist

Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene



2008

- **Wender Utah Rating Scale (WURS-k)** ☞ früher
 - Selbstbeurteilungsfragebogen
 - 20 ADHS-Items + 4 Kontroll-Items
 - Quantifizierung der Items 0 – 4
 - Cut-off 30 Punkte: Spezifität 76% - 92% / Sensitivität 85% - 93%
- **ADHS-Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB)** ☞ heute
 - Selbstbeurteilungsfragebogen
 - 18 DSM-IV Items Psychopathologie + 4 Zusatz-Items
- **Wender Reimherr Interview (WRI)** ☞ als Erwachsener
 - halbstrukturiertes Interview
 - 2 Versionen für Diagnostik und Verlaufskontrolle
 - 28 Items, 7 Subskalen entsprechend Utah Kriterien für adulte ADHS



HASE

Michael Rösler

Petra Retz-Junginger

Wolfgang Retz

Rolf-Dieter Stieglitz

Wender-Reimherr-Interview (WRI)

Amerikanische Version

von P. H. Wender und F. W. Reimherr

Wender-Utah-Kriterien für ADHS im Erwachsenenalter:

7 Bereiche

- Aufmerksamkeitstörung
 - Hyperaktivität/*Rastlosigkeit*
-
- Affektlabilität
 - desorganisiertes Verhalten
 - Affektkontrolle (= Temperament)
 - Impulsivität
 - emotionale Überreagibilität

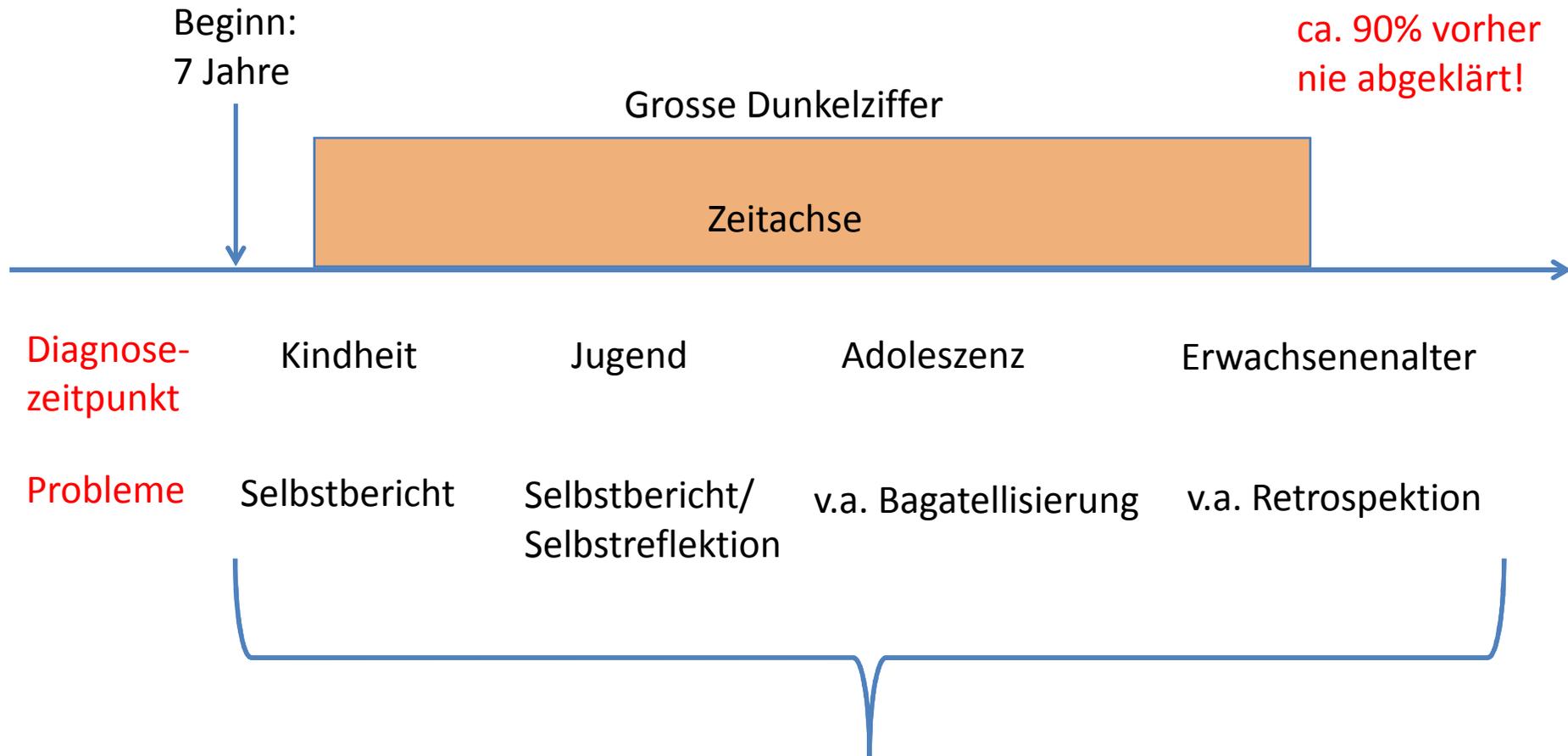
HASE: WRI

Name	Wender-Reimherr-Interview
Kennzeichen	Interview
Aufbau	7 Symptombereiche (Hauptkriterien: Aufmerksamkeitsstörungen, Überaktivität/ Rastlosigkeit, Nebenkriterien: Temperament, affektive Labilität, emotionale Übererregbarkeit, Desorganisation, Impulsivität)
Durchführung	25 – 35 min
Auswertung	Dimensional oder kategorial: Symptombereiche; beide Hauptkriterien, mindestens 2 Nebenkriterien
Interpretation	Schweregrad oder Diagnosekriterien erfüllt
Anmerkungen	Konzept nach P. Wender, nicht DSM-IV/-5 oder ICD-10

Probleme im diagnostischen Prozess der ADHS

- **Mangelnde Motivation** (z.B. Patient wird durch Partner geschickt = fremdmotiviert)
- **Keine Fremdbeurteilung möglich** (z.B. Patient will es nicht, nicht verfügbar)
- **Mangelnde Introspektionsfähigkeit** (z.B. Patient kann nur unzureichend Probleme beschreiben)
- **Probleme bei der Erinnerung an Kindheit** (z.B. Patient hat nur vage oder keine Erinnerungen)
- **Keine Zeugnisse vorhanden bzw. unzureichende Angaben** (z.B. nur Noten)

Diagnostik im Zeitverlauf



jede Phase jeweils mit mehr oder weniger grossen wie unterschiedlichen Problemen behaftet (z.T. kumulierend)!!!!

Diagnostik im Zeitverlauf

- Übergang ins Erwachsenenalter kritische Phase
- wichtig Kooperation aller Beteiligten
- mögliches Vorgehen
 - ab dem 16. Lebensjahr regelmässige Verlaufskontrollen bezüglich der Symptomatik
 - ca. 18 Jahre Statusbestimmung, d.h. umfassende Re-Evaluation
 - ggf. gemeinsames „Übernahmegespräch“

NICE (2010)

6.8.4 Transition to adult services

- 6.8.4.1 A young person with ADHD receiving treatment and care from CAMHS or paediatric services should be reassessed at school-leaving age to establish the need for continuing treatment into adulthood. If treatment is necessary, arrangements should be made for a smooth transition to adult services with details of the anticipated treatment and services that the young person will require. Precise timing of arrangements may vary locally but should usually be completed by the time the young person is 18 years.
- 6.8.4.2 During the transition to adult services, a formal meeting involving CAMHS and/or paediatrics and adult psychiatric services should be considered, and full information provided to the young person about adult services. For young people aged 16 years and older, the care programme approach (CPA) should be used as an aid to transfer between services. The young person, and when appropriate the parent or carer, should be involved in the planning.
- 6.8.4.3 After transition to adult services, adult healthcare professionals should carry out a comprehensive assessment of the person with ADHD that includes personal, educational, occupational and social functioning, and assessment of any coexisting conditions, especially drug misuse, personality disorders, emotional problems and learning difficulties.

Probleme im diagnostischen Prozess der ADHS

- **spezielle Untersuchungssituationen**
(z.B. Begutachtung, Wunsch nach Medikation)
 - Aggravation bis Simulation
 - Bagatellisierung bis Dissimulation
- **Abhilfe bzw. Kontrolle: Tests**



Hanna Christiansen Oliver Hirsch Mona Abdel-Hamid Bernhard Kis

CAARS™

Conners Skalen zu Aufmerksamkeit
und Verhalten für Erwachsene



Deutschsprachige Adaptation der Conners'
Adult ADHD Rating Scales (CAARS™)
von C. Keith Conners, Drew Erhardt und Elizabeth Sparrow

HUBER 

2014

Inkonsistenz-Index:

Differenz aus 8 Itempaaren
ähnlichen Inhalts

≥ 8 = auffällig

(Range: 0 – 24)



Gegenstand beider Verfahren

SIRS-2: Beurteilung von Antwortverhalten und der Beschwerdengültigkeit bei Fragestellungen der klinischen Psychologie, Psychiatrie oder der forensischen Psychologie. Das Verfahren zielt darauf ab, authentisches von verfälschtem Antwortverhalten zu unterscheiden.

SRSI: Feststellung negativer Antwortverzerrungen in einer Untersuchung, namentlich einer überhöhten und/oder ausgeweiteten Beschwerdenschilderung, die, wenn sie vorliegt, die subjektiven Angaben des Probanden als unzuverlässig ausweist.

Beim SIRS-2 handelt es sich um ein Interview, beim SRSI um ein Fragebogen-Verfahren.

Die Hauptunterschiede zwischen SIRS-2 und SRSI

SIRS-2 ist ein *strukturiertes Interview-Verfahren* und verwendet verschiedene Strategien zum Aufdecken des Vortäuschens. Es enthält folgende Skalen: seltene Beschwerden, Symptomkombinationen, ungläubhafte oder absurde Beschwerden, offenkundige Beschwerden, subtile Beschwerden, Selektivität der Beschwerden, Schweregrad der Beschwerden, geschilderte vs. beobachtete Beschwerden.

SRSI ist ein *Selbstaunfts-Fragebogen* und arbeitet mit einer Gegenüberstellung von echten Beschwerden (z. B. kognitiv, depressiv, Schmerz, Angst) und Pseudobeschwerden (z. B. kognitiv, motorisch, sensorisch, psychisch), um Täuschung aufzudecken.

Bearbeitungsdauer

SIRS-2 (Interview)
Ca. 30 bis 45 Minuten.

SRSI (Fragebogen)
Ca. 10 bis 15 Minuten.

Fazit: Diagnose ADHS im Erwachsenenalter

- letztendlich **KLINISCHE DIAGNOSE**
- **nicht** zu stellen mittels
 - apparativer Verfahren (z.B. EEG)
 - neuropsychologischer Verfahren alleine
- **basierend auf**
 - umfassender **Anamnese**
 - ergänzt um **psychometrische Verfahren**
(Interviews, Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren)
 - weitere verfügbare **Informationen** (z.B. Zeugnisse)

Gliederung

- Was verbirgt sich hinter der Abkürzung ADHS?
- Woran erkenne ich einen möglichen ADHS-Patienten im Erwachsenenalter?
- Wie diagnostiziere ich einen adulten ADHS-Patienten?
- **Wie häufig kommen adulte ADHS-Patienten vor?**
- Wie oft kommen komorbide Störungen vor?
- Welche Folgen hat eine unbehandelte ADHS?
- Wie kann ich einen adulten ADHS-Patienten erfolgreich behandeln?
- Fazit

Bestehende Mythen bzgl. ADHS

- ADHS im Kindesalter **wächst sich aus.**
- ADHS im Erwachsenenalter **gibt es nicht.**

ADHS: Persistenz

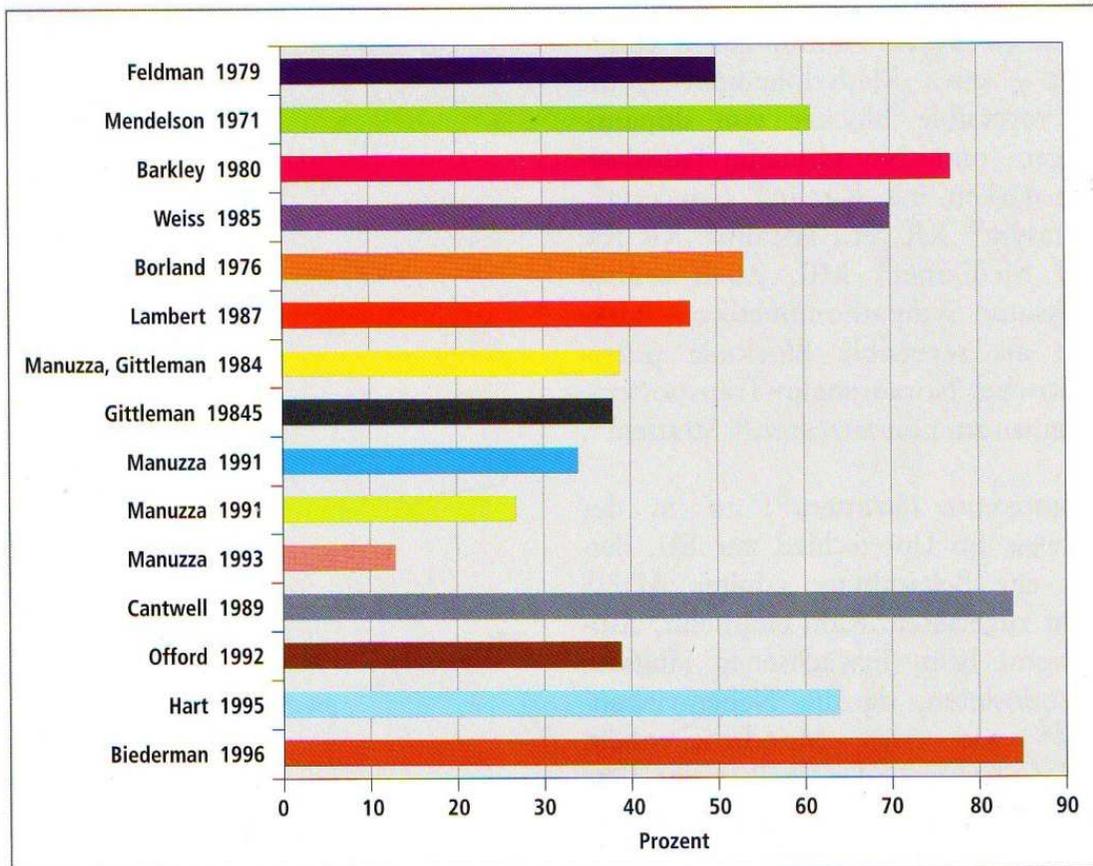


Abb. 1: Persistenz von ADHS ins Erwachsenenalter, Katamnesedauer 10–30 Jahre

Prävalenz im
Kindes- und
Jugendalter: 5 %

Schätzung insgesamt:
50% haben ADHS auch im
Erwachsenenalter!!!

Prävalenz

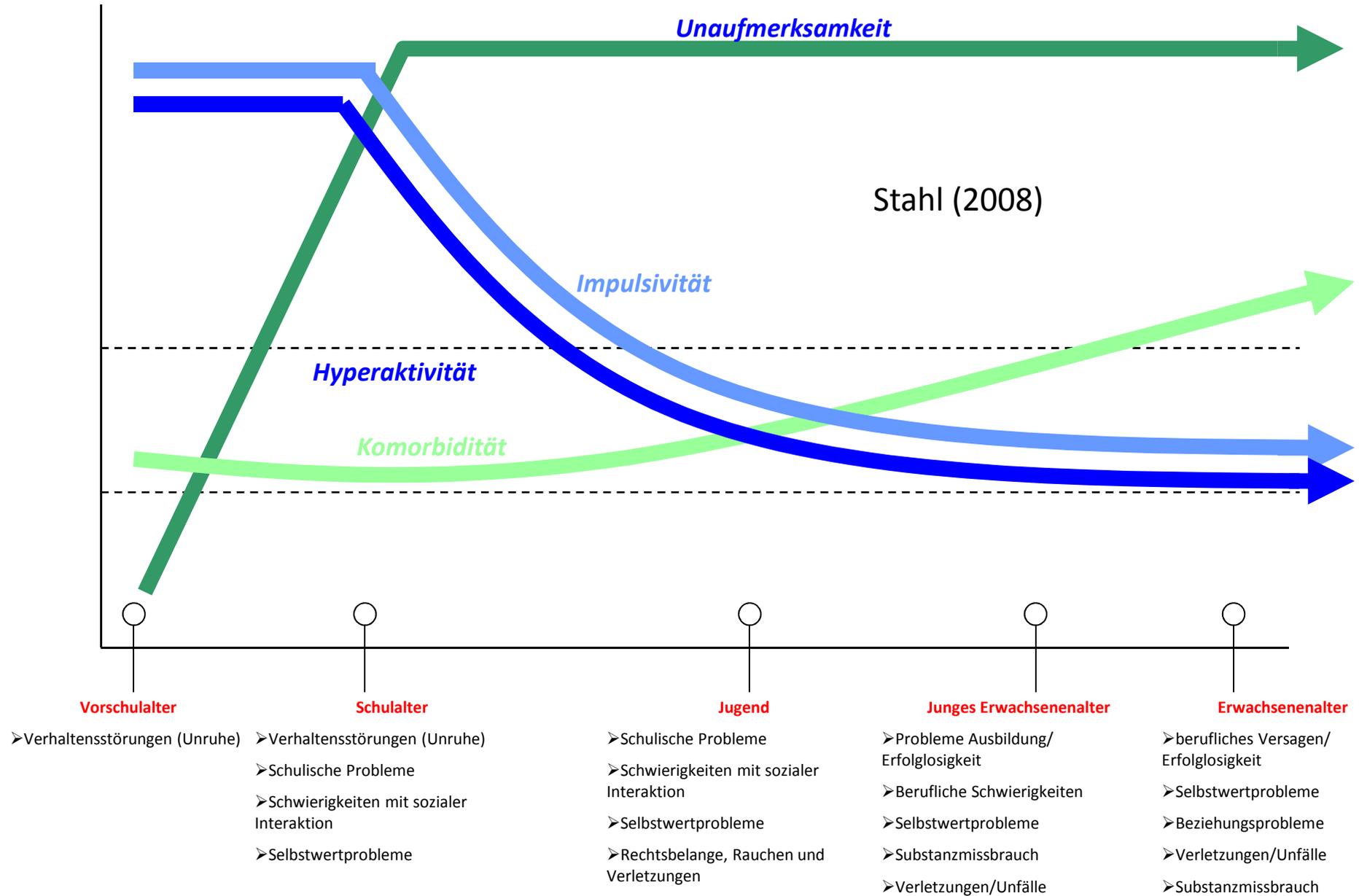
epidemiologische Studien

- Faynard et al. (2007)
 - WHO-Studie in 10 Ländern (18 - 44 Jahre)
 - konservative Schätzung 3.4%
 - Bereich 1.2% - 7.3%

- de Zwaan et al. (2012)
 - deutsche Stichprobe (18 - 64 Jahre)
 - 4.7%

- Michelsen et al. (2012)
 - Niederlande (N = 1404)
 - im Alter: 60 – 90 Jahre
 - 2.8%

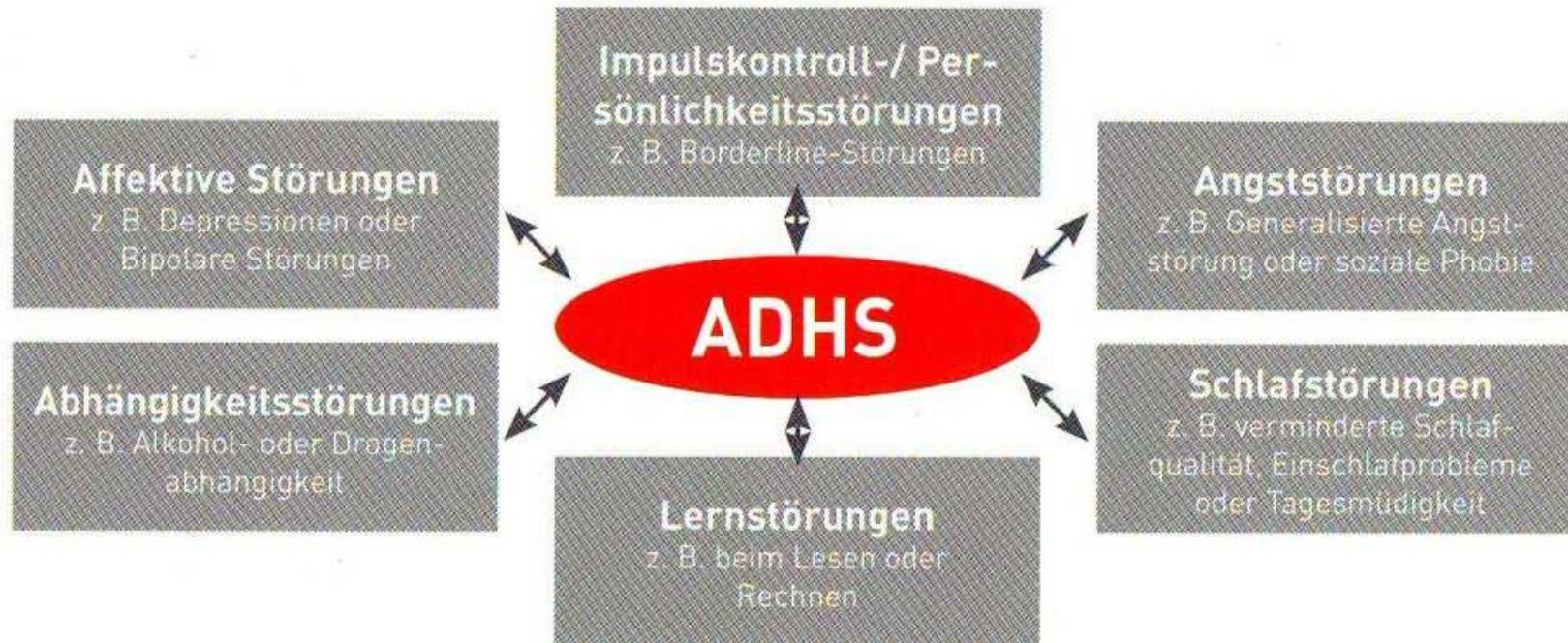
ADHS über die Lebensspanne



Gliederung

- Was verbirgt sich hinter der Abkürzung ADHS?
- Woran erkenne ich einen möglichen ADHS-Patienten im Erwachsenenalter?
- Wie diagnostiziere ich einen adulten ADHS-Patienten?
- Wie häufig kommen adulte ADHS-Patienten vor?
- **Wie oft kommen komorbide Störungen vor?**
- Welche Folgen hat eine unbehandelte ADHS?
- Wie kann ich einen adulten ADHS-Patienten erfolgreich behandeln?
- Fazit

Komorbidität



Modifiziert nach Kooij et al. 2012

Komorbidität: weitere psychische Störungen

☞ Schätzungen bis **80%** der erwachsenen ADHS-Patienten haben mindestens eine **weitere psychische Störung**

Gliederung

- Was verbirgt sich hinter der Abkürzung ADHS?
- Woran erkenne ich einen möglichen ADHS-Patienten im Erwachsenenalter?
- Wie diagnostiziere ich einen adulten ADHS-Patienten?
- Wie häufig kommen adulte ADHS-Patienten vor?
- Wie oft kommen komorbide Störungen vor?
- **Welche Folgen hat eine unbehandelte ADHS?**
- Wie kann ich einen adulten ADHS-Patienten erfolgreich behandeln?
- Fazit

Mögliche Folgen einer (unbehandelten) ADHS

Patient

Gesundheit

- 50% Motorradunfälle¹
- 33% Inanspruchnahme von chir. Ambulanz²
- 2-4x mehr Autounfälle³⁻⁵

Familie

- 3-5x mehr Scheidungen/Trennungen^{11,12}
- 2-4x mehr Geschwister-rivalität¹³

Schule & Beruf

- 46% der Schule verwiesen⁶
- 35% vorzeitig abgegangen⁶
- niedrigerer beruflicher Status⁷

Gesellschaft

- Abhängigkeit von psychotropen Substanzen
- Höheres Suchtrisiko⁸
- Früherer „Einstieg“⁹
- Wahrscheinlichkeit geringer, als Erwachsener aufzuhören¹
- Früherer Delinquenzbeginn

Arbeitgeber

- Produktivitätsverlust¹⁴

1. DiScala et al. (1998)

2. Liebson et al. (2001)

3. NHTSA (1997)

4.+5. Barkley et al. (1993, 1996)

6. Barkley et al. (1990)

7. Mannuzza et al. (1997)

8. Lojewski et al. (2002)

9. Pomerleau et al. (1995)

10. Wilens et al. (1995)

11. Barkley, Fischer et al. (1991)

12. Brown & Pacini (1989)

13. Mash & Johnston (1983)

14. Noe et al. (1999)

Folgen der (unbehandelten) ADHS

- **persönlich**

- Komorbidität
- Allgemeine Gesundheit
- Partnerschaft
- Ausbildung und Beruf
- Unfälle und Verkehr
- Straffälligkeit

- **gesellschaftlich**

- hohe Kosten Gesundheitswesen

Folgen der (unbehandelten) ADHS

Ausgewählte Bereiche

- a. Allgemeine Gesundheit
- b. Partnerschaft
- c. Ausbildung und Beruf
- d. Unfälle und Verkehr
- e. Straffälligkeit

Allgemeine Gesundheit

- Barkley (2010): Review
 - ADHS-Patienten haben u.a. ein **erhöhtes Risiko** für
 - kardio-vaskuläre Erkrankungen
 - erhöhtes Body-Mass-Index
 - Gebrauch nicht-verordneter Substanzen
 - Schlafprobleme

Partnerschaft

- Barkley (2010): Review
 - verschiedene Untersuchungen belegen u.a. den Zusammenhang zwischen ADHS und
 - einer geringeren **Zufriedenheit** mit der Partnerschaft
 - höherer **Scheidungs- bzw. Trennungsquote**
 - mehr **ausserehelichen Beziehungen**

Ausbildung und Beruf

- Barkley (2010): Review
 - Probleme im **Arbeitsbereich**, signifikant
 - mehr Kündigungen bzw. Jobwechsel
 - mehr Disziplinprobleme (u.a. Streit)
 - mehr Abwesenheiten/Fehlzeiten
 - geringere Arbeitsleistungen (bester Prädiktor: Schwere der aktuelle ADHS-Symptomatik)

Ausbildung und Beruf:

Untersuchungen in Betrieben

- Kessler et al. (2005)
 - 4.2% ADHS in Stichprobe von N=2399
 - 16.4% wegen ADHS in **Behandlung**, 32.1% wegen anderer psychischer Störungen
- Kessler et al. (2008)
 - 1.9% (N= 163) in Stichprobe von N=8563
 - nur 4 in **Behandlung** (!)
- De Graaf et al. (2008): WHO-Studie
 - 3.5% in Stichprobe von N=7075
 - nur wenige in **Behandlung**, mehr jedoch wegen anderer psychischer Störungen

Ausbildung und Beruf:

Arbeitsleistung in Betrieben

- Kessler et al. (2008)
 - ca. 4-5% geringere Arbeitsleistung, d.h. bezogen auf 250 Arbeitstage im Jahr = 10-12 Tage **Verlust produktiver Arbeit**
 - mehr **Krankheitstage** im Vormonat der Befragung (OR=2.1)
 - erhöhte Wahrscheinlichkeit im Jahr vor der Befragung **Unfall oder Verletzung** erlitten zu haben (OR=2.0)
- De Graaf et al. (2008): WHO-Studie
 - 8.4 Tage /Jahr **nicht bei Arbeit**
 - 21.7 Tage/Jahr reduzierte **Arbeitsqualität**
 - 13.6 Tage/Jahr reduzierte **Arbeitsquantität**
 - insgesamt: 143.8 Milliarden **verlorene Tage** produktiver Arbeit durch ADHS

Ausbildung und Beruf:

Arbeitsleistung in Betrieben

- Holmøy et al. (2009): Norwegen
 - Befragung von 48 ADHS-Patienten
 - **nur 24% in Arbeit** (KG 79%)
 - signifikante Unterschiede zur KG u.a.
 - Substanzmissbrauch
 - Depression oder Angst in Vergangenheit
 - bester **Prädiktor** für Arbeit: Behandlung in der Kindheit (OR=3.1)

Ausbildung und Beruf:

Fazit - I

- **allgemein**: durch Kernsymptomatik sowie zusätzlich spezielle Symptomatik im Erwachsenenalter resultieren vielfältige Beeinträchtigungen im Berufsleben
- **speziell**: bei stärkeren Symptomausprägungen besondere Probleme bei Tätigkeiten, die z.B.
 - Dauerkonzentration verlangen,
 - unter Zeitdruck erfolgen müssen,
 - eigene Zeiteinteilungen verlangen,
 - stark auf Routine basieren (monoton, eintönig)
 - kaum Bewegungsmöglichkeiten erlauben,

Ausbildung und Beruf:

Fazit - II

- **Arbeitsplatzgestaltung bzw. -wahl**
 - Aufmerksamkeit/Impulsivität: z.B. kein Grossraum
/besser eigenes Büro
 - Hyperaktivität/Innere Unruhe: z.B.
Bewegungsmöglichkeiten
 - Desorganisation: z.B. strukturierte Vorgaben

Unfälle und Verkehr

- Hofecker et al. (2005):
 - verschiedene Studien weisen auf **Probleme im Strassenverkehr** hin (bes. jugendliche Verkehrsteilnehmer)
 - Verbesserung der Leistungsfähigkeit unter Medikation mit MPH
- Barkley (2010) **Review**
 - höhere Wahrscheinlichkeit Unfall zu erleiden
 - mehr Verkehrsunfälle in der Vergangenheit
 - häufiger Geschwindigkeitsüberschreitungen
 - mehr Führerscheinentzüge

Straffälligkeit

- Retz & Rösler (2005): Übersicht
 - verschiedene katamnestiche Untersuchungen ergaben **erhöhtes Risiko für psychosoziale Fehlentwicklungen** mit delinquentem Verhalten
 - **Prävalenzraten** in Gefängnispopulationen zwischen 14 – 72%
 - Unterschiede zwischen **Delikttypen** (am höchsten Sexual- und Raubdelikte)
 - **Jugendstrafanstalt** (Rösler & Retz): 71% Hinweis auf ADHS-Symptomatik in der Vergangenheit

Gliederung

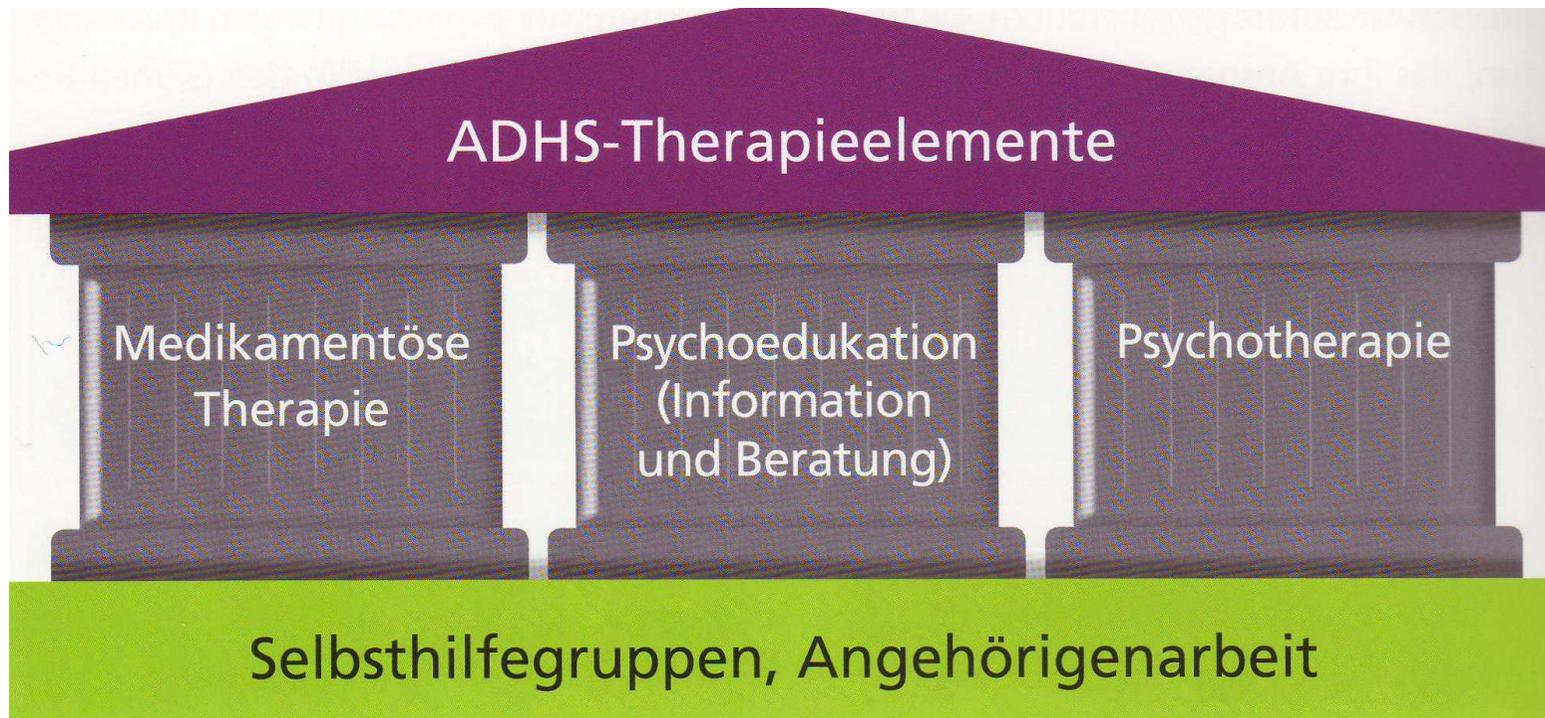
- Was verbirgt sich hinter der Abkürzung ADHS?
- Woran erkenne ich einen möglichen ADHS-Patienten im Erwachsenenalter?
- Wie diagnostiziere ich einen adulten ADHS-Patienten?
- Wie häufig kommen adulte ADHS-Patienten vor?
- Wie oft kommen komorbide Störungen vor?
- Welche Folgen hat eine unbehandelte ADHS?
- **Wie kann ich einen adulten ADHS-Patienten erfolgreich behandeln?**
- Fazit

Behandlungsempfehlungen

- Allein aus der Diagnose leitet sich automatisch keine Behandlungsnotwendigkeit ab
- Behandlung erst dann, wenn eindeutig durch ADHS in mindestens einem Lebensbereich ausgeprägte Störungen oder Symptome erkennbar sind
- **Therapie: multimodal = Medikation + Psychotherapie**
- Komorbide Störungen sind die Regel und müssen berücksichtigt werden

Rösler & Philipsen (2019)

Ein Modell



Psychopharmakotherapie

1. Wahl Stimulantien

- Methlyphenidat (u.a.)
 - Ritalin®
 - Concerta®
 - Medikinet®
- Dexmethylphenidat
 - Focalin®

2. Wahl Nicht-Stimulantien (u.a.)

- Atomoxetin (Strattera®)
- Buprorion (Wellbutrin®)

Positive Stimulanzieneffekte

Kognitive Leistungen verbessert 🙌

Impulsivität und Hyperaktivität vermindert 🙌

zum Beispiel:

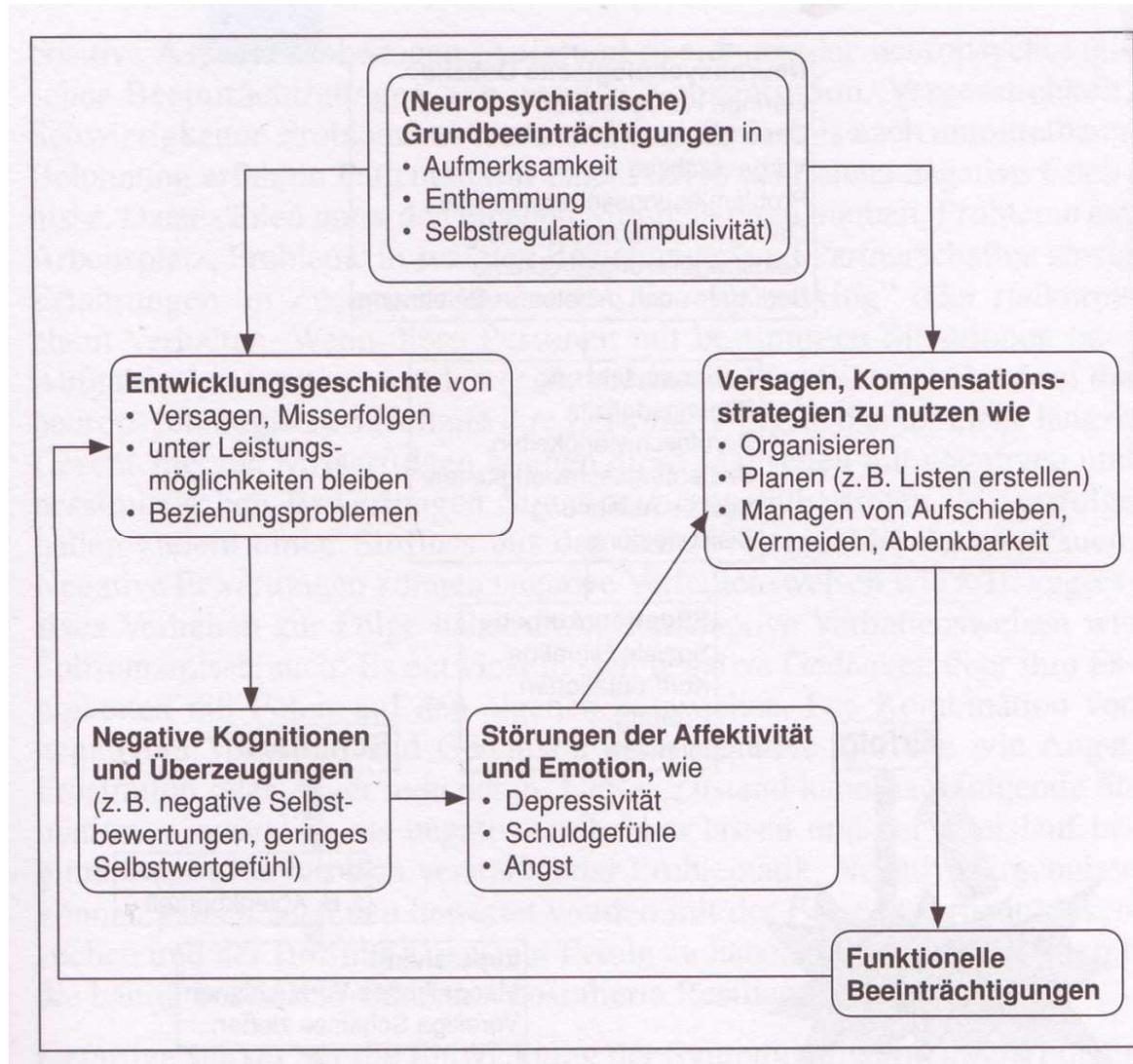
- Konzentration bzw. Aufmerksamkeit wird besser, v.a. bei relativ monotonen Arbeiten
- Arbeit wird genauer, d.h. weniger Flüchtigkeitsfehler
- im Strassenverkehr besonnener!
- zum ersten Mal: innerlich ruhig (für viele ein "Aha"-Erlebnis)

Psychologische Therapie: Warum?

- trotz **generell guter Wirksamkeit** vor allem Methylphenidat
 - Responseraten schwanken 25 – 80%
 - nicht immer Vollremission
- weiterhin vielfältige **Beeinträchtigungen** möglich
 - Arbeit
 - Beziehungen
 - Selbstwert

Kognitiv-behaviorales Modell der Entstehung der Beeinträchtigungen

(nach Safren et al., 2005)



jedoch auch bei ADHS wichtig: Compliance



(Medical Tribune, CH,
2005)

Gliederung

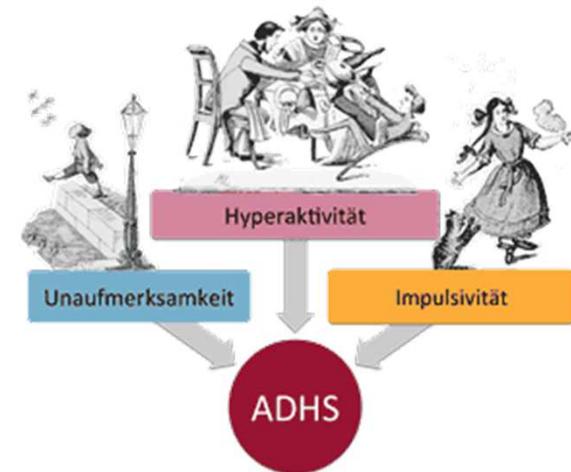
- Was verbirgt sich hinter der Abkürzung ADHS?
- Woran erkenne ich einen möglichen ADHS-Patienten im Erwachsenenalter?
- Wie diagnostiziere ich einen adulten ADHS-Patienten?
- Wie häufig kommen adulte ADHS-Patienten vor?
- Wie oft kommen komorbide Störungen vor?
- Welche Folgen hat eine unbehandelte ADHS?
- Wie kann ich einen adulten ADHS-Patienten erfolgreich behandeln?
- **Fazit**

Fazit

Ist ADHS eine **Modediagnose**?

„Da das Syndrom der ADHS bereits vor über 100 Jahren medizinisch beschrieben wurde, kann es nicht durch kulturelle Beschleunigung, Überstimulation (z.B. durch Film, Fernsehen, Computerspiel) erklärt werden.“

(Hesslinger et al., 2003)



Fazit

Ist ADHS eine **Modediagnose**?

.... oder sogar eine Marketing-Idee der Pharmaindustrie?

„Das sind Vorurteile, die nicht durch Fakten gedeckt sind. Die Krankheit gibt es wirklich, darüber besteht in der wissenschaftlichen Medizin keinen Zweifel. Sie führt zu erheblichen Leiden, kann aber auch gut behandelt werden.“ (Prof. Reif, Univ. Frankfurt)

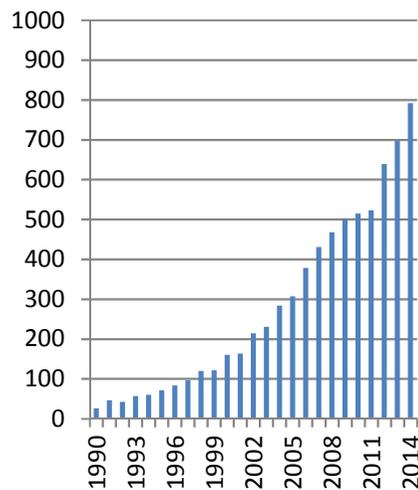
Fazit

- Ist ADHS eine **Modediagnose**?

Man sieht nur, was man weiss.

Eigentlich: man erblickt nur, was man schon weiss und versteht
(Johann Wolfgang von Goethe)

Bedeutung: Es können uns Dinge (hier: ADHS) nur auffallen,
wenn wir (Hintergrund-)Wissen haben



PubMed

Fazit

- **Praktische Relevanz**
 - häufige Störung auch bei Erwachsenen, aber auch eine effektiv zu behandelnde Störung
 - Bei Nichtentdeckung grosses subjektives Leid und eine Geschichte von Misserfolgen
 - erhöhtes Risiko u.a.
 - (Verkehrs-)Unfälle
 - erhöhtes Risiko für Kriminalität
 - Risikofaktor für die Entwicklung weiterer, komorbider Störungen
 - grosse gesundheitsökonomische/volkswirtschaftliche Kosten

Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!