

# Aktuelle Verhaltenstherapie

Heft 10 Juli 2009

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/  
Hyperaktivitätsstörung  
des Jugend- und Erwachsenenalters

AHG Klinik für Psychosomatik  
Bad Dürkheim

**Herausgeber:** Psychosomatische Fachklinik  
Chefarzt  
Dr. med. Klaus G. Limbacher  
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin  
- Rehabilitationsmedizin -  
Kurbrunnenstraße 12  
67098 Bad Dürkheim  
Tel. 0 63 22 / 9 34 -           259  
Fax                                   266

**Redaktion:** Dipl.-Psych. Andreas Dehmlow  
Dr. med. Klaus G. Limbacher

2 Auflage 2009 1000 Exemplare

ISSN 1432-5845

Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

Andreas von Pein

# Die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung des Ju- gend- 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 -  
Tel. 06322/9340**

# 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 vernachlässigt. In den letzten Jahren haben sich zahlreiche Forscher diesem Thema ausführlich gewidmet und inzwischen auch klare Diagnosen, Richtlinien und sowohl psychotherapeutische, als auch medikamentöse Behandlungsformen entwickelt. Durch Hirnstoffwechsellmessungen konnten auch für das Krankheitsbild spezifische Veränderungen der hormonellen Regulation in spezifische Bereiche des Gehirns nachgewiesen werden. Je nach Ausprägung kann auch eine medikamentöse Behandlung indiziert sein, die aber wegen der ausgeprägten Verhaltensstörungen und der damit meist 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, die in Kombination oder auch schwerpunktmäßig auftreten. 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. Es schießen ihnen ständig ablenkende Gedanken in den Kopf,

die oft 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 einer Aufgabe sehr hoch ist, d. h. wenn die Patienten 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 aufregende Situationen aufsuchen, da sie dann mit ihren Erfolgen auch positive Bestätigung erzielen. D.h. manche dieser Patienten begeistern sich für das Aufsuchen von Extremsituationen, z.B. im Sport oder wechseln häufig ihren Partner oder ihren Arbeitsplatz. Zunächst machen sie in Beziehungen einen sehr positiven Eindruck, nach längerer Zeit enttäuschen sie häufig, insbesondere wegen ihrer chaotischen Alltagsgestaltung.

Die psychischen Folgen dieses Verhaltens sind wegen des ständigen Versagens auch massive Selbstzweifel, Unzufriedenheit, Gereiztheit und reaktiv depressive Verstimmungen. Häufig neigen die Patienten zu Alkohol-, Medikamenten- 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 bestehen bei den Patienten häufig eine emotionale Übererregbarkeit und die Neigung zu Stimmungswechsel. Sie schwanken zwischen Begeisterung und Rückzug, sind außergewöhnlich engagiert und zugewandt, wechseln überraschend zu Gereiztheit, Übellaunigkeit und abweisendem Verhalten. Sie nehmen meist eher leicht Kontakt auf, bemühen sich um Harmonie, werden wegen Ihrer affektiven Intensität aber als anstrengend empfunden. Sie legen Wert auf Selbstständigkeit, nehmen aber gelegentlich andere Menschen rücksichtslos für sich in Anspruch. Oft sind sie hoch sensibel und 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. 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 motorischen Ticks beschrieben.

### 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 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. Inzwischen ist nachgewiesen, dass sich auch neurobiologische Veränderungen des Stoffwechsels durch Psychotherapie besser regulieren lassen. Die beschriebenen Verhaltensweisen führen zu erheblichen Belastungen der Eltern-Kindbeziehung, insbesondere wenn auch die Eltern von der

Störung betroffen sind. Es lässt sich im Erwachsenenalter dann nicht mehr unterscheiden welche der vorhandenen Symptome eher auf die ADHS- Erkrankung zurückzuführen sind und welche als eigenständige psychische Störung einzuordnen sind.

#### IV. Differentialdiagnose

Bei dem oft auffälligen Verhalten der Patienten und ihrem häufigen Scheitern sowohl in Schule und Ausbildung, als auch in Partnerschaften, finden sich deutliche Überschneidungen bzw. Komorbiditäten zu sogenannten Persönlichkeitsstörungen wie dissozialen Verhaltens- oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen, des weiteren lässt die Symptomatik auch an Störungen aus dem Depressions- Manie- und Angstbereich denken. Zur differentialdiagnostischen Klärung ist deshalb die Anamnese, möglichst auch unter 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 (Psychoedukation)

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 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 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 Aufmerksamkeitsdefizit-Syndroms:  
Methode der Verhaltenstherapie haben sich am meisten bewährt. 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. Psychotherapie der Krankheitsfolgen und der komorbiden Störungen:  
Als Folge oder parallel zu 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 sowie Depressionen oder Ängste. Diese Störungen sind sorgfältig von der Ursprungssymptomatik zu trennen und entsprechend auch gezielt psychotherapeutisch anzugehen in Form von Problem-

analyse, Alkoholabstinenz, Verzicht auf nicht verordnete, psychotrope Medikamente oder Drogen, Kommunikationstraining, Selbstsicherheitstraining, antidepressiven Strategien, Problembewältigungstechniken, Achtsamkeitstraining etc. Es erscheint uns wichtig, dass die Patienten auch die Selbstverantwortung für diese Problematik anerkennen und aktiv lernen die Problematik zu überwinden.

#### 4. Medikamentöse Behandlung:

Die bei der Kinder- und Jugendlichentherapie erfolgreiche Behandlung mit Amphetaminen ist bisher für die Erwachsenen-therapie nicht zugelassen, so dass die meisten Krankenkassen die entstehenden Kosten nicht übernehmen. Das gleiche gilt für ein in der Kindertherapie eingesetztes Medikament, das aus der Substanzklasse moderner Antidepressiva entwickelt wurde und wissenschaftlich nachgewiesen wirksam ist (Atomoxetin). Unter Amphetaminen kommt es zu einer meist eindeutigen Abnahme des impulsiven Verhaltens und der Ablenkbarkeit, während Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit zunehmen. Nebenwirkungen sind Schlafstörungen und Abnahme des Appetits. In placebokontrollierten Untersuchungen konnte auch bei Erwachsenen nachgewiesen werden, dass die positiven Reaktionen bei Langzeitgabe persistieren und bei einer Reduktion der Medikation die Symptomatik erneut auftritt. Die Wirkung ist bei Erwachsenen dosisabhängig und muß individuell ausgetestet werden. Bei mindestens 52% der so diagnostizierten Patienten kann ein eindeutig positives Ansprechen festgestellt werden. 30-40% der Erwachsenen sprechen allerdings auf die Behandlung mit Stimulantien nicht an. Amphetamine

können in Form von schnell wirksamen oder mit verzögert und über längere Zeit wirksamen Präparaten gegeben werden, Manchmal empfiehlt sich als Alternative oder zusätzlich die Gabe von trizyklischen Antidepressiva oder auch neuerer Antidepressiva wie Reboxetin oder Fluvoxamin, insbesondere wenn auch eine depressive Symptomatik vorliegt. Die Patienten sind häufig schwer zu einer konsequenten medikamentösen Behandlung zu motivieren. Die dadurch erzielten Veränderungen fallen manchmal den Mitmenschen mehr auf als den Patienten selbst. Eventuell ist aber auch eine klare Entscheidung gegen Medikamente sinnvoll, insbesondere wenn sich keine eindeutigen Erfolge ergaben.

## **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 ADS-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 Kon-

flikten, bei denen eine Trennung droht oder gerade vollzogen wurde. Auch bei Substanzmissbrauch wie mit Alkohol oder Drogen, die kompensatorisch eingesetzt werden, ist bei ausreichender Krankheitseinsicht eine stationäre Behandlung in einer psychosomatischen Klinik indiziert (manifeste Abhängigkeiten erfordern die Behandlung in einer Suchtklinik). 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 evtl. 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 intensive Möglichkeiten, 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, wie es dem Standardkonzept unserer Klinik entspricht, da bei diesen Patienten gerade im Kontakt mit anderen Menschen erhebliche Störungen auftreten können. Außerdem können sie hier gezielt spezifische Kompetenzen erwerben (s. Kapitel Psychotherapie): Abbau von Spannung auch durch verschiedene Sportangebote, Umgang mit akut anstehenden Konflikten und Einbeziehung der Partner und der Familie zu gemeinsamen Gesprächen.

Wir bieten keine störungsspezifische Gruppe an, da unserer Erfahrung nach es für die Patienten besonders wertvoll ist, sich in gemischten Gruppen mit den Mitpatienten auseinanderzusetzen, sich zu vermitteln, mit ihren Auffälligkeiten konfrontiert zu werden, Lösungen zu erarbeiten und in der Gruppe auch anzuwenden. Auch im ambulanten Bereich hat sich gezeigt, dass 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 Aufgabenstellungen 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 Arbeitserprobungsmöglichkeiten 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>
- Brown, T.E. (Ed.) (2000). Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents and Adults. Washington DC: American Psychiatric Press
- D'Amelio, R. et al. (2009) Psychoedukation und Coaching. ADHS im Erwachsenenalter. Urban und Fischer
- Ebert, D. et al. (2003) ADHS im Erwachsenenalter-Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN. Nervenarzt 74, 939-946
- Edel, M. et al. (2006). Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen. Springer Verlag
- Groß, J. (1999). Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. Nervenarzt, 1.
- Hartmann, T. (1997). Eine andere Art die Welt zu sehen. Verlag Schmidt-Römhild
- Hesslinger, B. et al (2004). Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter Verlag Hogrefe
- Kahl, G.K., Puls, J.H., Schmid, G. (2007) Praxishandbuch ADHS, Thieme Verlag.
- Rösler M. et al. (2004) Instrumente zur Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter Nervenarzt 75: 889-895
- Sobanski E., Alm B. (2004) Zertifizierte Fortbildung. ADHS bei Erwachsenen. Nervenarzt 75 (7): 697-716

**Patientenratgeber:**

Hallowell, E., Ratey, J. (1998). Zwanghaft zerstreut. ADD - Die Unfähigkeit aufmerksam zu sein. Rowohlt.

Schäfer U., Rüter E. (2005) ADHS im Erwachsenenalter. Hogrefe-Verlag.

Weiss, Lynn (2007). ADS im Job  
Brendow Verlag.

Weiss, Lynn (2001). Eins nach dem anderen Das ADD Praxisbuch für Erwachsene. Brendow Verlag