

# Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter

M.Sc. Sophie Maria Beck<sup>a</sup>, M.Sc. Thomas Firmin<sup>a</sup>, Prof. Dr. med. Jochen Mutschler<sup>a,b</sup>, Prof. Dr. med. Thomas J. Müller<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup> Privatklinik Meiringen, Willigen, Meiringen; <sup>b</sup> Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Zürich; <sup>c</sup> Zentrum für Translationale Psychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bern

Etwa 50% der Kinder und Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung leiden auch als Erwachsene daran. Ziele der multimodalen Behandlung sind eine ressourcenorientierte Stärkung der Fähigkeiten der Betroffenen und die Prävention von Funktionsdefiziten und Risikofaktoren.

## Einleitung

Die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter war noch Anfang der 2000er Jahre mangels Diagnose eine medizinische Rarität. Bei vielen Patientinnen und Patienten, die das Erwachsenenalter erreicht haben, jedoch während ihrer Kindheit und Jugend an einer ADHS oder einem psychoorganischen Syndrom (POS) gelitten hatten, war man davon ausgegangen, dass dieses sich auswachsen würde. Dass dem so nicht ist, zeigen epidemiologische Daten, wonach circa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit ADHS teilweise unter Anpassung der Symptomatik auch im Erwachsenenalter an einer ADHS leiden. Da nicht nur für die Patientinnen und Patienten, sondern auch für deren Umgebung wie die Familien und Arbeitgebenden das Vorhandensein dieser Störung von erheblichem Leiden geprägt sein kann, bedarf es einerseits einer fundierten Diagnostik – auch in Abgrenzung bezüglich allfälliger anderer Erkrankungen – sowie andererseits einer professionellen Behandlung. Dies, weil gerade bei ADHS nach erfolgter Diagnosestellung durch Kombination von Pharmakotherapie, Coaching, Psychotherapie und körperbasierten Methoden den Patientinnen und Patienten sehr gut geholfen werden kann. Voraussetzung ist aber, dass es nicht nur beim Verschreiben von Medikamenten verbleibt, sondern dass die Patientinnen und Patienten eine gute Begleitung erhalten.

Die nachfolgende Übersicht widerspiegelt den aktuellen Stand in Neurobiologie, Epidemiologie, Diagnostik und Behandlung.

## Neurobiologie der ADHS

Bis anhin sind die neurobiologischen Befunde der ADHS uneinheitlich. Ungeklärt bleibt, inwieweit es sich um eine phänotypische Endstrecke verschiedener Störungen oder um eine Störung oder Erkrankung im engeren Sinne handelt. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Integration von frontostriatalen, frontozerebellären und frontoamygdalären Schleifen dysfunktional ist [1]. Unter der Annahme eines dopaminergen Defizits gibt es Hinweise auf andere Defizite oder Störungen im Bereich des serotonergen und des noradrenergen Systems. Aufgrund der Wirkung von Stimulanzien, die als Dopamin-Rücktransport-Hemmer wirken, den Dopaminspiegel im synaptischen Spalt erhöhen und indirekt auf andere Neurotransmittersysteme wirken, wird diese Sicht gestützt [2].

Eine Vielzahl von Studien zeigt zudem klare genetische Komponenten. Studien an Zwillingen ergeben eine Heritabilität von circa 74% [3]. Eine aktuelle Studie des «Brain Storm Consortiums» zeigt an einer grossen Stichprobe, dass es genetische Überschneidungen im Bereich der psychiatrischen Erkrankungen mit rezidivierenden depressiven Störungen, bipolaren Störungen und der Schizophrenie gibt. In der Stichprobe findet sich noch eine signifikante Korrelation mit Migräne [4]. In anderen Studien gibt es zudem Hinweise auf Einzelmutationen bei Genen, die für die Hirnentwicklung bestimmend sind [5].

Neben den genetischen Veränderungen finden sich Hinweise auf prä-, peri- und postnatale Schädigungen. Hierbei können unter anderem infektiöse Erkrankun-



Sophie Maria Beck

gen während der Schwangerschaft, der Missbrauch von Alkohol, Nikotin und weiteren Suchtstoffen sowie Hypothyreoidismus für eine ADHS prädestinieren [6]. Auch peri- und postnatal können verschiedene zerebrale Traumata, Meningitiden, Enzephalitiden und andere Störungen das Risiko für die Entwicklung einer ADHS erhöhen [2, 7]. Funktionelle Magnetresonanztomographie-Studien zeigen eine Verringerung der Aktivität der zerebralen Netzwerke, welche die exekutiven Funktionen und die Aufmerksamkeit bestimmen. Insgesamt kann also von einer erhöhten Heritabilität ausgegangen werden. Hierzu passt, dass nicht selten Eltern von Kindern mit ADHS sich erstmalig zur Diagnostik vorstellen, da sie sich in der Symptomatik ihrer Kinder wiedererkennen. Letztlich bleibt aber die Pathogenese der ADHS nicht vollständig geklärt und bedarf eines weiteren forschenden Efforts. Gerade von den neuen Möglichkeiten im Umgang mit grossen Datensätzen mit sogenannten Deep-Learning-Algorithmen werden aufgrund der Datenfülle genetischer und bildgebender Untersuchungen Fortschritte erwartet [9].

## Epidemiologie der ADHS

Schon in Heinrich Hoffmanns «Struwwelpeter» stellt der Zappel-Philipp den hyperaktiven Typus der ADHS dar [10]. Auch wenn die Diagnose im Erwachsenenalter gehäuft gestellt wird, gibt es keine Hinweise auf eine Zunahme von ADHS im Wandel der Zeit; vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass die Zunahme in den letzten Jahren mit der besseren Diagnostik und «Awareness» zusammenhängt.

Die Persistenz der ADHS-Symptomatik von der Kindheit ins Erwachsenenalter ist von circa 40–60% zu erwarten. Je nach Land finden sich eine Punktprävalenz von etwa 3–4%. Unter anderem wurde für Deutschland eine Punktprävalenz von 3,1% angegeben [11], was ungefähr auch derjenigen der Schweiz entspricht.

Hierbei zeigt sich ein Verhältnis von Männern zu Frauen von 1,5:1, wobei davon auszugehen ist, dass bei Frauen die Diagnose einer ADHS wahrscheinlich unterdiagnostiziert ist. Möglicherweise imponieren bei Frauen eher unaufmerksame Typen, während bei den Männern prominent eher hyperaktive Typen auffallen. Eine Langzeitstudie aus Neuseeland, die seit 1972 insgesamt 1037 Männer und Frauen bis zum Alter von 38 Jahren nachverfolgt hatte, zeigte, wie zu erwarten war, eine Prävalenz der ADHS im Kinder- und Jugendalter von 6%. Im Erwachsenenalter fand sich eine Prävalenz von 3%. Interessanterweise überschritten sich jedoch die Individuen zwischen den beiden Gruppen kaum. Inwieweit es sich hier also um einen zweiten Erkrankungsgipfel im Erwachsenenalter handelt, sei

dahingestellt, die Daten sind als solche nicht vollständig verstanden; möglicherweise handelt es sich hier auch um methodische Probleme [12].

## Funktionseinbussen und Folgen einer ADHS

Eine ADHS ist nicht per se behandlungsbedürftig, jedoch zeigen viele Patientinnen und Patienten mit ADHS relevante Funktionseinbussen, die insbesondere im sozialen Kontext und im beruflichen Alltag zum Nachteil reichen können. Aus der Literatur ist bekannt, dass Personen mit ADHS 33% mehr Notaufnahmen beanspruchen, zehnmal häufiger eine Arztperson besuchen, fünfmal mehr Verordnungen ambulant und dreimal mehr stationäre Aufenthalte aufweisen. Zudem zeigen sie ein erhöhtes Risiko für Autounfälle [13]. Letztlich trägt dies auch zu höheren Kosten für das Gesundheitswesen bei [14].

In den Familien kann es zu mehr emotionalen Ausbrüchen, geringerem Selbstwertgefühl, chaotischem Lebensstil und einem gestressten Familienalltag kommen, im Bereich Ausbildung und Berufstätigkeit trotz durchaus guter Intelligenz zu einem geringeren beruflichen Status und gehäuften Arbeitsausfall. Letzteres führt dazu, dass von ADHS betroffene Erwachsene mit ihren Leistungen oft hinter ihren Fähigkeiten zurückbleiben und nicht ihr volles Potential ausschöpfen können [15]. Auch im gesellschaftlichen Umfeld kommt es zu Schwierigkeiten mit Freundschaften, dem Umgang mit Geld und schliesslich zu einem erhöhten Risiko von kriminellen Verhalten. Weiter ist bekannt, dass ADHS-Betroffene viel häufiger Schulunterbrechungen haben, häufiger keinen Schulabschluss aufweisen oder die Lehre oder Ausbildung abbrechen [16].

## Komorbid Störungen

Von ADHS betroffene Erwachsene kommen nur selten rein wegen der Diagnose einer ADHS in einen stationärpsychiatrischen Aufenthalt. Vielmehr kommt es ursächlich oder in Begleitung einer ADHS gehäuft zu anderen psychischen Störungen. Zu häufigen Komorbiditäten einer adulten ADHS zählen affektive Störungen, Substanzabhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen und Autismus-Spektrum-Störungen [17].

Von somatischer Seite besteht ein erhöhtes Risiko für eine Adipositas, die wohl aufgrund einer gemeinsamen genetischen Komponente vorhanden ist, dagegen ein geringeres Risiko für Diabetes [14], erhöhte Risiken bestehen auch für Asthma [18] und deutlich für Verletzungen unter anderem durch Risikoverhalten im Bereich von Sport und Autofahren [19].

**Tabelle 1:** Differentialdiagnosen und Komorbiditäten der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS).

<b>Differentialdiagnosen</b>	Hirnorganische und metabolische Störungen
	Drogen- und medikamentenbedingte Störungen
	Affektive Störung
	Angst- und Zwangsstörungen
	Persönlichkeitsstörungen
	Posttraumatische Belastungsstörung
	Schizophrenie/ psychotische Störung
	Schlafapnoesyndrom
	Restless-Legs-Syndrom
	<b>Komorbiditäten</b>
Substanzabhängigkeit	
Angststörungen	
Affektive Störungen (Depression/ bipolare Störungen)	
Persönlichkeitsstörungen	
Essstörungen	
Tic-Störungen	
Autismus-Spektrum-Störungen	
Teilleistungsschwächen (Legasthenie/Dyskalkulie)	

Eine Übersicht über Differentialdiagnosen und Komorbiditäten der ADHS findet sich in Tabelle 1.

### Diagnostik der ADHS

Indikation für eine ADHS-Abklärung können Selbst- sowie Fremdbeobachtungen sein, die hinsichtlich ADHS-bekannter Symptommuster eine Diagnostik voraussetzen. Oft wird bei Betroffenen das Zurückbleiben der eigenen Fähigkeiten hinter den effektiven Leistungen beschrieben. Auch Organisationsprobleme, kognitive Defizite (Aufmerksamkeitsfokussierung, leichte Ablenkbarkeit, Vergesslichkeit etc.), impulsives Verhalten (Risikosportarten, Verhaltenssüchte, Substanzkonsum) oder eine starke innere oder äussere motorische Unruhe können zu Funktionseinbussen in verschiedenen Lebensbereichen führen, die einer differenzierten Einschätzung bedürfen.

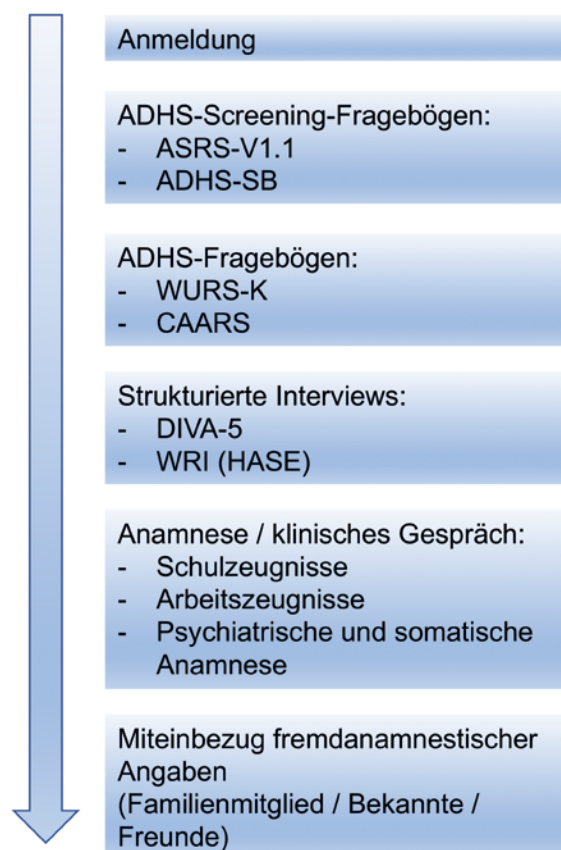
ADHS-Screening-Tests, wie zum Beispiel die «Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist» (ASRS-V1.1) oder das ADHS-Screening für Erwachsene (ADHS-E) geben einen ersten Eindruck zum Vorhandensein von ADHS-Symptomen im Erwachsenenalter und stellen bei positivem Befund den Übergang zu einer ausführlichen Diagnostik dar [20]. Unter der Annahme, dass sich ADHS-Symptome bereits früh im Lebensalter zeigen, wird in der Diagnostik in einem zweiten Schritt retrospektiv nach vorhandenen Schwierigkeiten in der Kindheit gesucht. Die Kernsymptome der ADHS (Aufmerksamkeitsdefizite, Hyperaktivität/ innere Unruhe und Impulsivität) werden von den Betroffenen selbst sowie von sozial nahestehenden Personen einge-

schätzt. Dabei spielt das Ausmass der Symptomschwere eine Rolle, wobei laut Leitlinien mindestens moderate Funktionseinbussen vorliegen müssen, um eine Diagnose nahezulegen. Die Beeinträchtigungen durch ADHS können sich in verschiedenen Lebensbereichen zeigen, durch hohe kognitive Ressourcen jedoch teils lange kaschiert werden, was insbesondere bei adulten ADHS-Betroffenen auffällt, die bis vor der Abklärung schulisch und/oder beruflich wenig oder keine Funktionseinbussen aufwiesen. Zur retrospektiven Einschätzung von ADHS-Symptomen in der Kindheit werden verschiedene Informationsquellen hinzugezogen. Anhand von Fragebögen können ADHS-Symptome untereinander gewichtet und hinsichtlich der Symptomschwere quantitativ eingeschätzt werden. Die «Wender Utah Rating Scale» (WURS-K) ist ein Instrument zur retrospektiven Selbsteinschätzung von möglichen ADHS-Symptomen im Alter von 8–10 Jahren. Auch Abklärungsberichte oder Zeugnisse und darin enthaltene Bemerkungen zum Arbeitsverhalten in der Primarschulzeit können Hinweise für Verhaltensauffälligkeiten, Schwierigkeiten in der Eigenorganisation oder Lernprobleme liefern und werden daher oft in den diagnostischen Prozess integriert.

Im Erwachsenenalter sind komorbide psychische Störungen häufig und eine präzise Ausschlussdiagnostik ist unerlässlich. Eine ausführliche psychiatrische Anamnese sowie die Erfassung biographischer Ereignisse und Schwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen wie Schule/Ausbildung, Familie, sozialen Kontakten und Freizeitaktivitäten sind ebenfalls zentrale Bestandteile der Diagnostik. Hierbei werden Risikofaktoren wie zum Beispiel Komplikationen bei Schwangerschaft oder/und Geburt wie auch Schutzfaktoren (stabiles familiäres und soziales Umfeld, klare äussere Strukturen) gesammelt, die einen Einfluss auf die spätere Symptomentwicklung haben können. ADHS-Symptome können sich im Verlauf des Lebens wandeln. Es ist bekannt, dass sich insbesondere die Hyperaktivität im Lebensverlauf eher in Richtung einer inneren Unruhe und Rastlosigkeit verändert. Impulsivitätssymptome können sich unter anderem in gesteigertem Risikoverhalten oder in Verhaltenssüchten ausdrücken, während Aufmerksamkeitsdefizite meist zusammen mit dysexekutiven Syndromen im Erwachsenenalter eher fortbestehen. Zur Einschätzung von stabil vorliegenden Symptommustern im Erwachsenenalter werden Fragebögen zur Selbst- und Fremdeinschätzung beigezogen. In der diagnostischen Anwendung sind für das Erwachsenenalter zum Beispiel die Conners-Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten für Erwachsene (CAARS) bekannt sowie diagnostische Checklisten und Selbsteinschätzungen (ADHS-Diagnostische Checkliste [ADHS-DC], Kölner ADHS-Test

für Erwachsene [KATE], ADHS-Selbstbeurteilungsskala [ADHS-SB]), mit deren Hilfe besonders quantitativ das Ausmass der Symptomschwere ermittelt werden kann. Anhand von strukturierten Interviews, beispielsweise dem DIVA-5 (Diagnostisches Interview für ADHS bei Erwachsenen), können die bei Adulten ADHS-relevanten Symptombereiche (Aufmerksamkeitsdefizite, Hyperaktivität, Impulsivität) bezüglich des Vorliegens mit den Klientinnen und Klienten besprochen werden. Im Wender-Reimherr-Interview (WRI) werden vier zusätzliche Kernbereiche der ADHS (Temperament, Affektstabilität, emotionale Überreagibilität, Desorganisation) hinsichtlich klinischer Relevanz eingeschätzt.

Der Ausschluss organischer Ursachen von Symptomen erfolgt durch eine Krankheitsanamnese hinsichtlich früherer oder aktueller somatischer Beschwerden. Hierbei können sowohl Laborparameter (Vitamin- und Hormonspiegel) wie auch apparative Techniken angewendet werden, falls dies im Individualfall indiziert ist.



**Abbildung 1:** Diagnostischer Ablauf bei Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. ASRS-V1.1: «Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist»; ADHS-SB: ADHS-Selbstbeurteilungsskala; CAARS: «Conners' Adult ADHD Rating Scales»; DIVA-5: Diagnostisches Interview für ADHS bei Erwachsenen; WRI: Wender-Reimherr-Interview; WURS-K: «Wender Utah Rating Scale»; HASE: Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene.

Neuropsychologische Untersuchungen können zu differentialdiagnostischen Überlegungen oder spezifischen Fragestellungen beitragen, insbesondere bezüglich ADHS-relevanter Symptombereiche (Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen, Impulsivität), der Intelligenz, Teilleistungsstörungen oder spezieller Begabungen [21]. Auch kann in Verhaltensbeobachtungen das Vorhandensein bestimmter Symptommuster beschrieben werden, wobei ADHS-Symptome jedoch nicht notwendigerweise in der Testsituation auftreten. Für eine ADHS-Diagnose bedarf es letztlich eines klinischen Urteils, das sich auf die Grundlage der gängigen Klassifikationssysteme sowie eigen- und fremdanamnestische Angaben stützt.

Einen Überblick zum diagnostischen Ablauf gibt Abbildung 1.

## Behandlung der ADHS

Die Diagnose einer ADHS stellt keine zwingende Behandlungsindikation dar. Viel mehr hängt die eventuelle Behandlung sowie die Wahl der Methoden von verschiedenen Faktoren ab: einerseits vom Schweregrad der Funktionseinschränkung einschliesslich psychosozialer Defizite, andererseits von komorbiden psychischen und anderen somatischen Erkrankungen.

### Coaching

In der Therapie von ADHS-Betroffenen im Erwachsenenalter hat sich das Coaching als wertvolle Teileinheit in der multimodalen Behandlung erwiesen [22]. Ziel ist, Informationen über die Entstehung, Aufrechterhaltung und das Wesen der Symptomatik selbst zu liefern, um Betroffenen ein umfassendes Verständnis über die verschiedenen Symptombereiche der ADHS sowie deren praktische Bedeutung für den Alltag und die eigene Biographie zu vermitteln. Durch ein gutes Selbstverständnis und ein Bewusstmachen eigener Schwächen- und Ressourcenbereiche kann eine Basis der Selbstakzeptanz geschaffen werden, die sowohl für ADHS-Betroffene als auch für Angehörige entlastend sein kann. Im Coaching wird die Selbstwirksamkeit von ADHS-Betroffenen gefördert und zusammen an alltäglichen Themen zielorientiert und unterstützend gearbeitet, wobei eine erhöhte Selbstachtung und Lebenszufriedenheit angestrebt werden [23]. Es wird eine ermutigende und unterstützende Haltung vonseiten der Therapeutinnen und Therapeuten eingenommen. Ein ADHS-Coaching gliedert sich in Module, in denen informative Elemente, aber auch das Erlernen von Bewältigungstechniken und der Austausch mit anderen Betroffenen einen wichtigen Ausgleich zwischen verschiedenen Methoden darstellen sollten.

### «Der Ferrarimotor im VW-Bus»

Aufsteigende Impulse in den richtigen Momenten unterdrücken, aber die innere Energie und Spannung auch adäquat kanalisieren und auslassen zu können wird in Coaching-Stunden mit ADHS-Betroffenen immer wieder zum Thema. Auch die häufig nicht ausgeschöpften Ressourcen wieder zu stärken ist Teil des Coachings.

«Ich habe mich lange wie ein Chamäleon verhalten, konnte mich an verschiedensten Orten einleben und den unterschiedlichsten Menschen offen gegenüber treten und ihnen zu ihrem Glück verhelfen, passte mich an, um nicht anzuecken... bis ich selbst nicht mehr wusste, wer ich eigentlich war.»

Viele ADHS-Betroffene sind geprägt durch das Gefühl der Andersartigkeit, das ihnen von ihrem Umfeld immer wieder vermittelt wird. Deshalb leiden sie oft unter einem geringen Selbstwertgefühl.

Im Coaching werden die Kernsymptome der ADHS im Erwachsenenalter und deren Folgen und Schwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen thematisiert. Auch werden Erklärungsmodelle herangezogen sowie Work-Life-Balance-Konzepte besprochen, die einen selbstverantwortlichen Umgang sowie Bewältigungsstrategien in Krisen zum Ziel haben. Auch konkrete Selbstorganisationshilfen im Alltag (zum Beispiel Tagesstrukturierung, Terminplanung, externe Merkhilfen), Stressmanagement, Emotionsregulation und Stärkung der Impulskontrolle sowie das Selbstbild und der Selbstwert bilden zentrale Themenbereiche [24]. Des Weiteren werden verschiedene Interventionen und Entspannungstechniken (meditativ, mental, körperlich) sowie Atemübungen eingesetzt, die in einer trainierten Anwendung der besseren Bewältigung des Alltags dienen.

Coaching kann ADHS-Betroffene dabei unterstützen, neue Strategien zum Umgang mit konfliktbeladenen Verhaltensweisen zu erlernen, eigene Grenzen besser zu akzeptieren und den Horizont der eigenen Möglichkeiten zu erweitern [25]. Andererseits ist ein zentrales Ziel von ADHS-Coachings, anhand eines ressourcenorientierten Ansatzes die individuellen Stärken von Teilnehmenden zu beleuchten und diese ebenso im Alltag zu stärken. Die Anerkennung von ausgeprägten kreativen, flexiblen, neugierigen Fähigkeiten, einer Begeisterungsfähigkeit und raschen Auffassungsgabe ist für das soziale Umfeld wie auch die Betroffenen selbst ein wichtiger Bestandteil im therapeutischen Prozess. Betroffene lernen im gegenseitigen Austausch Parallelen und Unterschiede in Symptomausprägungen und bekennen oft, sich Zusammenhänge von Verhaltens- und Denkmustern besser erklären zu können. Auf diese wiederum verstärkt im Alltag Einfluss zu nehmen stellt einen weiteren Schritt dar.

Manuale als Grundlage von Psychoedukation und Coaching der ADHS bei Erwachsenen bestehen von D'Amelio et al. und von Baer & Kirsch [26–28]. Im Fokus steht bei diesen Manualen die Formulierung von individuellen Behandlungszielen, die schrittweise angegangen werden, und das spätere Prüfen des Erreichens dieser zuvor festgelegten Ziele, was insgesamt einen zentralen Teil des Behandlungserfolgs ausmacht [29, 30].

Letztlich wirkt der Zusammenschluss von Coaching und Psychotherapie synergetisch, sodass sich die Methoden aus beiden Fachrichtungen gegenseitig ergänzen.

### Psychotherapie

Die Psychotherapie bei von ADHS betroffenen Erwachsenen ist insbesondere unter den Gesichtspunkten der häufig unzureichenden oder des Nichtansprechens der pharmakologischen Behandlung, der anhaltenden Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag und komorbiden psychischen Störungen wertvoll [31].

Ziel der psychotherapeutischen Behandlung ist, die ADHS nicht zu heilen, sondern eine bessere Kontrolle von und einen adäquaten Umgang mit Symptomen zu erlernen. Das Entwickeln von Coping-Strategien ist zentral, um Muster von Vermeidungsverhalten und subjektiv verringertem Leistungsvermögen trotz ausgeprägter Ressourcen durchbrechen zu können. In der vertrauensvollen therapeutischen Beziehung lassen sich negative Lebensereignisse und Prägungen aufarbeiten.

Die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie im Einzel- oder Gruppensetting fand in der bisherigen Forschung am meisten Evidenz. Zentrale inhaltliche Aspekte sind hierbei die Reduktion von Impulsivität und emotionaler Überreagibilität, die Aufmerksamkeitslenkung, Achtsamkeitsübungen sowie die Alltagsorganisation. In der metakognitiven Therapie werden Zeitmanagement-Strategien, motivationale Faktoren und die Eigenorganisation thematisiert. Häufig Anwendung finden auch Elemente der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT), die sich besonders bei der Behandlung der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung als effizient erwiesen. Zudem bestehen gewisse Symptomüberschneidungen bei ADHS [32]. Weitere Behandlungsthemen bezüglich ADHS sind hilfreiche Strategien zur Emotionsregulation, bei denen Achtsamkeitsübungen, körperbezogene Interventionen oder auch Ausdauersport innerhalb des Therapiekonzeptes zur Anwendung kommen. Das Aufbauen von stabilen äusseren Umständen hinsichtlich der Tagesstruktur, Berufswahl und des sozialen Umfeldes sind weitere relevante Bereiche. Angestrebt wird eine Balance zwischen Akzeptanz und Veränderungsmöglichkeiten in Hinsicht auf die individuellen Symptombereiche.

Die psychotherapeutische Behandlung erfasst auch die Verbesserung bezüglich komorbider Funktionsbeeinträchtigungen wie zum Beispiel einer Schlafproblematik, Substanzabhängigkeit oder depressiver Symptome, welche die ADHS-Symptomatik mitbeeinflussen können. Insgesamt deutet die aktuelle Studienlage auf einen positiven Effekt der Psychotherapie auf die Behandlung von ADHS-Symptomen bei Erwachsenen, wobei die Nachhaltigkeit dieser aufgrund unzureichender Studien noch genauer erforscht werden muss [33].

Therapieprogramme beziehungsweise Manuale zur Behandlung der adulten ADHS-Symptomatik liegen im kognitiv-verhaltenstherapeutischen Bereich vor [26, 27, 32, 34].

Anhand eines multimodalen Therapieansatzes werden pharmakologische, psychologische, ergotherapeutische sowie körpertherapeutische Konzepte kombiniert, die zusammen eine umfassende Behandlung der ADHS-Symptome im Erwachsenenalter gewährleisten und versuchen, einer individualisierten Therapie gerecht zu werden.

Die Studienlage zur Wirksamkeit von Therapieprogrammen der adulten ADHS ist neben methodischen Schwierigkeiten nach wie vor spärlich und bedarf weiterer Forschung. Insbesondere der Zusammenschluss

von medikamentösen und psychotherapeutischen Ansätzen scheint jedoch die Behandlungseffekte positiv zu verstärken [35]. Am besten beschrieben wurde bisher die Wirksamkeit der kognitiv-behavioralen Therapie bei der Behandlung der ADHS-Symptomatik von Erwachsenen [36].

### Pharmakotherapie

Im Bereich der ADHS stehen mehrere Substanzgruppen in der Behandlung zur Verfügung. Dabei zeigen sich gerade bei den Stimulanzien ausgeprägte Wirkstärken, die in der Behandlung psychischer Störungen herausstechen. In der Schweiz steht eine Reihe von Stimulanzien zur Verfügung, hierbei eine Vielzahl von Variationen von Methylphenidat-Präparaten, teilweise auch als wirksamer Teil des Racemats. Weiter liegt in der Schweiz als Prodrug Lisdexamphetamin (LDX) vor, das nach Verstoffwechslung im Magen-Darm-Trakt in die aktive Substanz umgewandelt wird.

Bei Ersteinsatz wird im Allgemeinen auf ein Methylphenidat-Präparat zurückgegriffen, hierbei gilt es, gemeinsam mit den Betroffenen eine optimale Dosis-Wirkungs-Kurve zu ermöglichen. Nur ein Teil der bekannten Methylphenidat-Präparate ist auch im Erwachsenenalter zugelassen. Dennoch finden auch

**Tabelle 2:** Überblick zu verschiedenen Medikamenten in der Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter.

Wirkstoff	Präparat	Wirkdauer	Wirkmechanismus	Zulassung im Erwachsenenalter
<b>Methylphenidat</b>	Ritalin®*	– Kurzwirksam: 1–4 Stunden – Retardiert: bis 12 Stunden	Dopamin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer	Off-label
	Concerta®*	Bis 12 Stunden	Dopamin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer	Ja
	Medikinet®	4–8 Stunden	Dopamin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer	Off-label (zugelassen für Erwachsenen-ADHS ist Medikinet® MR)
	Equasym®	8 Stunden	Dopamin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer	Off-label
<b>Dexmethylphenidat</b>	Focalin® XR	Bis 12 Stunden	Dopamin-Wiederaufnahmehemmer	Ja
<b>Lisdexamphetamin</b>	Elvanse®	Bis 14 Stunden	Noradrenalin/Dopamin-Freisetzung	Als Second-Line-Medikament im Alter von 6–55 Jahren
<b>Dexamphetamin</b>	Attentin®	5–6 Stunden	Noradrenalin-Freisetzung	– Zugelassen 6. –18. Lebensjahr – Off-label bei Erwachsenen
<b>Atomoxetin</b>	Strattera®	Halbwertszeit: 5 Stunden	– Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer – Erhöht Dopamin im präfrontalen Kortex	Ja (Second-Line-Medikament für Erwachsene)
<b>Clonidinhydrochlorid</b>	Catapresan®	Halbwertszeit: 10–20 Stunden	α2-Adrenozeptor-Agonist	Zugelassen als Antihypertensivum für Erwachsene
<b>Guanfacin</b>	Intuniv®	24 Stunden	α2-Adrenozeptor-Agonist	Off-label
<b>Bupropion</b>	Wellbutrin® XR	– Halbwertszeit: 10–14 Stunden – Halbwertszeit Metabolite: 20–27 Stunden	Dopamin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer	Zugelassen als Antidepressivum für Erwachsene
<b>Modafinil</b>	Modasomil®	Eliminationshalbwertszeit: 10–12 Stunden	Dopamin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, Orexin-Freisetzung, und weitere Mechanismen	Zulassung in Zusammenhang mit Narkolepsie

\* Ritalin® und Concerta® jeweils generisch erhältlich

Präparate, die nur im Alter unter 18 Jahren zugelassen sind, Anwendung. Die Präparate unterscheiden sich hierbei in der Pharmakokinetik. Gemein ist allen Stimulanzien, dass die Wirkung zwar rasch einsetzt, am Abend jedoch auch aufgrund der zu erwartenden Störung des Schlafes nachlässt. Dies kann sich bei einem Teil der Patientinnen und Patienten insbesondere problematisch auf das psychosoziale Funktionsniveau auswirken, da zwar zum Beispiel bei der Arbeit eine gute Wirkung erreicht wird, jedoch dann abends etwa im familiären Kontext für das soziale Zusammenleben störende Symptome wieder auftreten.

Hierzu stehen weitere Substanzen zur Verfügung, unter anderem Atomoxetin und Guanfacin, wobei letzteres nur im Kindes- und Jugendalter zugelassen ist. Zudem gibt es Hinweise aus einer Reihe von Studien, dass auch weitere Antidepressiva wie Bupropion eine Wirkung hinsichtlich der ADHS-Symptomatik zeigen. So gelingt es teilweise auch, eine komorbide depressive Stimmung mit einem Medikament zusammen mit der ADHS-Symptomatik zu behandeln.

Wichtig ist eine gute Begleitung der von ADHS betroffenen Erwachsenen. Hierbei sollten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zusammen mit den Patientinnen

und Patienten eine optimale Dosierung finden. Zudem kann es auch bei einzelnen Präparaten zu unerwünschten Nebenwirkungen kommen, sodass ein Wechsel auf ein anderes Präparat oder auf eine andere Wirksubstanz erfolgen sollte.

Kombinationen von verschiedenen Stimulanzien oder länger wirksamen Medikamenten können in einigen Fällen erfolgreich sein, jedoch ist die Häufung an Nebenwirkungen zu bedenken.

Zu bemerken ist, dass die Adhärenz trotz der erstaunlich guten Wirkung und einem raschen Wirkungseintritt auf Dauer nur gering ist. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einerseits einer präzisen Diagnostik und andererseits einer guten Begleitung der Betroffenen [37, 38].

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die pharmakotherapeutischen Optionen bei ADHS.

#### Disclosure Statement

TF hat die Bereitstellung von Studienmaterial zuhanden der Privatklinik Meiringen deklariert. TJM hat angegeben, Vortragshonorare von Takeda, OM-Pharma, Lundbeck, Schwabe Pharma und Recordati sowie Honorare für die Teilnahme an Advisory Boards von Takeda, Lundbeck und Schwabe Pharma erhalten zu haben. JM hat deklariert, Beraterhonorare von Janssen und Lundbeck, Zuschüsse für die Teilnahme an Veranstaltungen bzw. für Reisekosten von Camurus, Lundbeck, Janssen, Otsuka sowie von Janssen für die Teilnahme an Data Safety Monitoring Boards oder Advisory Boards erhalten zu haben. SMB hat keine potentiellen Interessenskonflikte deklariert.

#### Ausgewählte Literatur

- 21 Paucke M, Stark T, Exner C, Kallweit C, Hegerl U, Strauß M. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) und komorbide psychische Erkrankungen – ADHS-spezifische Selbstbeurteilungsskalen bei der Differenzialdiagnostik. *Der Nervenarzt*. 2018;89:1287–93.
- 22 D'Amelio R, Retz W, Rösler M. Psychoedukation und Coaching bei ADHS im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. 2015;63:33–8.
- 26 D'Amelio R, Retz W, Philipsen A, Rösler M. ADHS im Erwachsenenalter. Strategien und Hilfen für die Alltagsbewältigung. 2., erw. u. überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2021.
- 38 Cortese S. Pharmacologic Treatment of Attention Deficit–Hyperactivity Disorder. *New Engl J Med*. 2020;383:1050–6.
- 39 DGGPN, Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie «Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter», AWMF-Registernummer 028-045.

#### Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smf.2022.09087>.

Korrespondenz:  
Prof. Dr. med.  
Thomas J. Müller  
Privatklinik Meiringen,  
Willigen  
CH-3860 Meiringen  
thomas.mueller[at]  
upd.unibe.ch

## Das Wichtigste für die Praxis

- Die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter ist eine neuropsychiatrische Störung, die unbehandelt mit verschiedenen Leiden aufseiten von Betroffenen und Angehörigen verbunden sein kann.
- Die Diagnose wird anhand von Selbst- und Fremdeinschätzung sowie klinischen Interviews über einen Beobachtungszeitraum von einer erfahrenen klinischen Fachperson eingeschätzt.
- Die multimodale Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter richtet sich nach den S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) und stellt je nach Ausprägung eine Kombination aus Pharmakologie und nichtmedikamentösen Behandlungsmethoden dar [39].
- Ziel ist eine ressourcenorientierte Stärkung der vielen Fähigkeiten, die von ADHS betroffene Erwachsene aufweisen, und die Prävention von mit ADHS verbundenen Funktionseinbußen und Risikofaktoren [40].