

ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN

I. Autoren der Leitlinie

Für die Leitlinienentwicklung sind die Mitglieder des Expertenkomitees verantwortlich. Es existieren keine finanziellen oder anderen Formen der Unterstützung durch Dritte.

II. Gründe für die Leitlinienentwicklung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) beginnt im Kindesalter. Häufig, nach Verlaufsstudien in bis zu 80%, persistieren einige oder alle Symptome ins Erwachsenenalter (8,25). Die Leitsymptome Aufmerksamkeitsstörung, Desorganisiertheit, Impulsivität, emotionale Instabilität, Hyperaktivität sind dann auch im Erwachsenenalter in altersspezifischer Form nachzuweisen und sind die Grundlage der Diagnose „ADHS im Erwachsenenalter“ (7,8,25).

Eine adäquate Diagnose und Therapie der ADHS im Erwachsenenalter ist notwendiger Bestandteil der medizinischen Versorgung: Die Störung ist erstens häufig (im Kindesalter 4–5%), und sie führt zweitens zu krankheitswertigen psychischen und sozialen (bis hin zu forensisch relevanten) Beeinträchtigungen. Sie ist drittens ein Risikofaktor für eine große Zahl von komorbiden anderen psychischen Störungen, v. a. Suchterkrankungen, affektiven Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen.

Sie ist viertens suffizient therapierbar (8,25).

Trotz dieser Bedeutung existieren keine Leitlinien für die Symptomerfassung, Diagnose und die Therapie der ADHS im Erwachsenenalter.

III. Ziele der Leitlinie

Ziel dieser Leitlinie ist es, die Voraussetzungen für die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter und die Mindestanforderungen für eine valide Diagnosestellung zu formulieren und die daraus abzuleitenden Therapien anzugeben.

Die Leitlinie richtet sich an alle Ärzte, die psychische Störungen kompetent diagnostizieren und behandeln können. Sie ist nicht gedacht als Screening-Instrument für eine Verdachtsdiagnose.

IV. Diagnose der ADHS des Erwachsenenalters

1. Grundlagen der Diagnostik

Die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter ist eine „klinische Diagnose“. Sie wird aufgrund eines Interviews mit dem Patienten und des darin erhobenen aktuellen psychopathologischen Befundes, der anamnestisch eruierbaren Symptome und des Verlaufs, gestellt.

Es wird empfohlen, ergänzend zum Interview zur strukturierten Erhebung und Erfassung der Symptome und zur

Dokumentation Fragebögen einzusetzen.

Testpsychologische Untersuchungen können die diagnostische Sicherheit erhöhen.

Für die Diagnosestellung einer ADHS im Erwachsenenalter ist es notwendig, dass sowohl im Erwachsenenalter die Kriterien einer ADHS durchgehend erfüllt sind als auch in Kindheit und Jugend die Kriterien erfüllt waren (7,8,18).

Es gibt verschiedene Diagnosesysteme, in denen operationalisierte Diagnose-

* Mitglieder des Expertenkomitees:

M. Backmund (München)
D. Ebert (Freiburg)
R. Engel (München)
B. Heßlinger (Freiburg)
J. Krause (Ottobrunn)
K.-H. Krause (München)
R. Laufkötter (Regensburg)
C. Neuhaus (Esslingen)
M. Ohlmeier (Hannover)
W. Paulus (Münster)
W. Retz (Homburg/Saar)
M. Rösler (Homburg/Saar)
C. Roth-Sackenheim (Andernach)
U. Schneider (Hannover)
C. Schöchlin (München)
G.-E. Trott (Aschaffenburg)
M. Wey (Lauf)

kriterien einer ADHS angegeben sind. In den gängigen Diagnosesystemen DSM-IV (1) und ICD-10 (25) sind keine expliziten Kriterien für das Erwachsenenalter genannt. Explizit für das Erwachsenenalter formuliert sind die Wender-Utah-Kriterien (18). In dieser Leitlinie wird kein Diagnosesystem präferiert. Es wird aber gefordert, dass bei der Diagnosestellung genannt wird, ob die Diagnose nach ICD-10- oder DSM-IV-Kriterien (s. Anhang S. 14) oder Wender-Utah-Kriterien (s. Anhang S. 17) gestellt wurde.

2. Spezielle Inhalte des Interviews mit dem Patienten

A) Vollständige psychiatrische Untersuchung

Voraussetzung für die Diagnose ist eine komplette psychiatrische Untersuchung. Das bedeutet, der Untersucher muss seine Anamnese bezüglich anderen psychischen Störungen so erweitern, dass er auch zu allen anderen psychischen Störungen erklären kann, ob diese vorliegen, bzw. ob deren Kriterien erfüllt sind.

B) Erfassung von Differentialdiagnosen und Komorbiditäten

Folgende differentialdiagnostisch relevante oder komorbide Diagnosen müssen speziell berücksichtigt werden (7,8,18):

- Substanzmissbrauch, -abhängigkeit
- Persönlichkeitsstörungen (v. a. dissozial, impulsiv bzw. emotional-instabil, ängstlich-selbstunsicher)
- Affektive Störungen (Depression oder Manie)
- Angststörungen
- Tic-Störungen, einschließlich Tourette-Störung
- Teilleistungsstörungen (z. B. Legasthenie, Dyskalkulie)
- Schlafstörungen

C) ADHS-spezifische Inhalte des Interviews

Zusätzlich sind folgende ADHS-spezifische Inhalte immer zu erfragen (7,18):

- Körperliche und intellektuelle Entwicklungsanamnese.
- Derzeitige und früher aufgetretene Symptome der ADHS (evtl. unter Benut-

zung einer Symptomcheckliste oder eines Selbstbeurteilungsbogens, siehe unten).

- Manifestation und Entwicklung der Symptome und hieraus resultierende frühere und aktuelle Beschwerden in den Bereichen Schule/Studium (Lernverhalten, Leistungsverhalten und Sozialverhalten, schulischer Werdegang mit psychologischen Beurteilungen aus der Schulzeit – falls verfügbar, Schulberichte über Lern- und Leistungsverhalten und Sozialverhalten, Testuntersuchungen, Abschlusszeugnisse und Beurteilungen), Ausbildungs- oder Arbeitsplatz, Familie, Freunde/Beziehungen/Freizeitverhalten.

- Familienanamnese bezüglich ADHS, Tic-Störungen, Substanzmissbrauch, Verhaltensstörungen, Persönlichkeitsstörungen, affektiven Störungen, Angststörungen, Entwicklungs- und Teilleistungsstörungen.

3. Ausschluss organischer psychischer Störungen

Die Symptome einer ADHS im Erwachsenenalter können durch internistische/neurologische Grunderkrankungen und psychotrope Substanzen verursacht werden. Der differentialdiagnostische Ausschluss solcher Störungen ist deshalb notwendig.

A) Krankheitsanamnese hinsichtlich organischer Erkrankungen

Erfragt werden müssen:

- Internistische und neurologische Grunderkrankungen (v. a. Schilddrüsenerkrankungen, Anfallsleiden, Schädel-Hirntrauma, Schlafapnoe-Syndrom, Restless legs-Syndrom).
- Medikamentöse Behandlungen, die als Ursache der Beschwerden angesehen werden können z. B.: Barbiturate, Antihistaminika, Theophyllin, Sympathikomimetika, Steroide, Neuroleptika, andere Psychopharmaka.
- Gebrauch psychotroper Substanzen.

B) Körperliche Untersuchung und somatische Zusatzdiagnostik

Ein internistischer und neurologischer Befund müssen erhoben werden.

Es wird als Zusatzdiagnostik eine Schilddrüsenuntersuchung und die Durchführung eines EEG's empfohlen. Bei Hinweisen auf eine organische Erkrankung sind weiterführende Zusatzuntersuchungen (z. B. ein Schädel-NMR) durchzuführen.

4. Interview mit wichtigen Vertrauenspersonen und/oder Eltern

Falls möglich sollen Interviews mit Partnern zur aktuellen Symptomatik und Eltern zur früheren Symptomatik durchgeführt werden. Es sollten die gleichen Inhalte wie beim Interview mit dem Patienten abgefragt werden. Es wird empfohlen, zusätzlich standardisierte Beurteilungsskalen von aktuellen Bezugspersonen ausfüllen zu lassen (z. B. Conners-Skala [3]).

5. Standardisierte Untersuchungsinstrumente

Folgende Symptomchecklisten bzw. Selbstbeurteilungsfragebögen können angewandt werden:

- Für die Beurteilung der Symptome in der Kindheit: Wender-Utah-Rating-Skala (8,15a,15b,18).
- Für die Beurteilung der aktuellen Symptomatik: Conners-Skala (3) und/oder Brown-Skala (2), modifizierte Symptomcheckliste nach DSM-IV (1).

6. Testpsychologische Untersuchungen

Testpsychologische Untersuchungen können gegebenenfalls zur Sicherung der Diagnose beitragen, eine individuelle Diagnose ist aber aufgrund eines Testwertes nicht möglich. Testpsychologische Untersuchungen können auch zur Planung und Überprüfung der Therapie eingesetzt werden. Folgende testpsychologische Untersuchungsmethoden werden vorgeschlagen: IQ-Messung (z.B. HAWIE-R), neuropsychologische Tests zu Aufmerksamkeit und Exekutivfunktionen (z.B. Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP), Wisconsin Card Sorting Test, Category Test, Continuous Performance Task), sowie im Einzelfall Tests für spezielle Begabungen und Tests für Teilleistungs-

störungen zur Komplettierung der Diagnostik.

V. Therapie der ADHS im Erwachsenenalter

1. Grundlagen der Therapieempfehlungen

Die Therapieempfehlungen gründen auf publizierten Therapiestudien (4,5,9–14,17–24, s. **■ Tabelle 1**) und der Expertenmeinung der Autoren. Studien wurden computerisiert in Medline 1985–2002 mit den Suchbegriffen „adult ADD/ADHD und Therapy/Pharmacotherapy/Psychotherapy“ und in der Cochrane Library auf der Basis von Metaanalysen gesucht. Wenn für eine Therapieform randomisierte und/oder doppelblinde Studien publiziert wurden, wurden nur diese weiter von den Experten beurteilt (dies galt für den Bereich der Pharmakotherapie in der Akutphase). Waren für eine Therapieform keine solchen Studien veröffentlicht, wurden nur die mit der höchsten Evidenzstufe (nach ÄZQ) beurteilt (dies galt für die Psychotherapie). Aus den so selektierten Studien wurden schließlich nur die empfohlen bzw. es wurden Therapien 1. Wahl ausgewählt, die nach Expertenkonsens wirksam sind. Waren zu Therapieformen bisher keine aussagekräftigen Studien publiziert, wurde nur die Expertenmeinung berücksichtigt und mit Evidenzstufe IV bewertet (dies galt für Kombinationstherapien und Langzeittherapien).

Einteilung der Evidenz-Stärken

- Ia Evidenz aufgrund von Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien
- Ib Evidenz aufgrund mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie
- Ia Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung
- Ib Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten quasi experimentellen Studie
- III Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller deskriptiver Studien
- IV Evidenz aufgrund von Berichten/Meinungen von Expertenkreisen,

Konsensus-Konferenzen und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten

Einteilung der Empfehlungs-Stärken

- A direkt abgeleitet aus Evidenz der Kategorie I
- B direkt abgeleitet aus Evidenz der Kategorie II oder extrapoliert aus Evidenz der Kategorie I
- C direkt abgeleitet aus Evidenz der Kategorie III oder extrapoliert aus Evidenz der Kategorien I oder II
- D direkt abgeleitet aus Evidenz der Kategorie IV oder extrapoliert aus Evidenz der Kategorien I, II oder III

2. Behandlungsplan

A) Beginn einer Behandlung

Aus der Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter leitet sich noch keine Behandlungsnotwendigkeit bzw. eine bestimmte Art der Behandlung ab. Die Entscheidung für eine Behandlung bzw. die Wahl einer spezifischen Behandlung ist abhängig vom Ausprägungsgrad einer ADHS, von den psychischen und den sozialen Beeinträchtigungen sowie der Relevanz der Symptome im Kontext vorhandener Ressourcen. Die Frage, wann eine Behandlung begonnen werden soll, d. h. bei welchem Schwere- und/oder Beeinträchtigungsgrad, ist nicht wissenschaftlich untersucht. Es ist auch nicht wissenschaftlich untersucht, ob eine Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter die Entwicklung komorbider psychischer Störungen verhindern und das Risiko einer Chronifizierung vermindern kann.

Es wird empfohlen (mit Evidenzstufe IV, Empfehlungsgrad D), eine Behandlung spätestens dann zu beginnen, wenn in einem Lebensbereich ausgeprägte Störungen oder in mehreren Lebensbereichen leichte Störungen oder krankheitswertige, beeinträchtigende psychische Symptome bestehen und diese eindeutig auf eine ADHS zurückgeführt werden können.

Hierzu sollte deswegen vor Behandlungsbeginn erfasst werden:

- Hauptsymptomatik und Grad der Beeinträchtigung durch diese.

- Überprüfung der verschiedenen Funktionsebenen „Ausbildung oder Beruf, Alltag, Emotionale Anpassungsfähigkeit, Familiäre Beziehungen, Sozialverhalten“.

Bei komorbiden Störungen richtet sich die Therapie immer auch auf die komorbide Störung und nach den oben genannten Kriterien auf die ADHS. Studien zur differenzierten Therapie beim Vorliegen komorbider Störungen sind nötig.

Aufklärung des Patienten, seines Partners und/oder anderer wichtiger Bezugspersonen über das Krankheitsbild und Beratung zu beruflicher Situation und Verhaltensregeln sind unabhängig von der Entscheidung zu einer spezifischen Therapie immer notwendig (7,8,18).

B) Auswahl einer spezifischen Behandlung

Behandlungsoptionen sind pharmakologische Therapien (B1) und psychotherapeutische Therapien (B2).

zu B1:

Für folgende Therapien sind randomisierte und/oder placebokontrollierte doppelblinde Studien mit Wirksamkeitsnachweis publiziert (s. **■ Tabelle 1**): Stimulanzien (4,5,10,11,12,14,16,17,21,23), trizyklische Antidepressiva mit ausgeprägtem noradrenergen Wirkmechanismus (19), Lithium (4), andere Antidepressiva (Atomoxetin, Bupropion) (13,22), Phenylalanin (24), Nikotinpflaster (9) und Nikotin-Rezeptor-Agonisten (20).

Die Stimulanzienbehandlung mit Methylphenidat wird von den Autoren bei den gegebenen Optionen mit der Evidenzstufe 1 B (Empfehlungsgrad A) als wirksam bewertet und als medikamentöse Therapie 1. Wahl empfohlen. Die anderen pharmakologischen Therapien sind nach Expertenkonsens aufgrund des Nebenwirkungsprofils oder geringerer oder fehlender Wirksamkeit bzw. nicht ausreichender Datenlage in der klinischen Praxis 2. Wahl oder nicht empfehlenswert (Evidenzstufe IV, Empfehlungsgrad D).

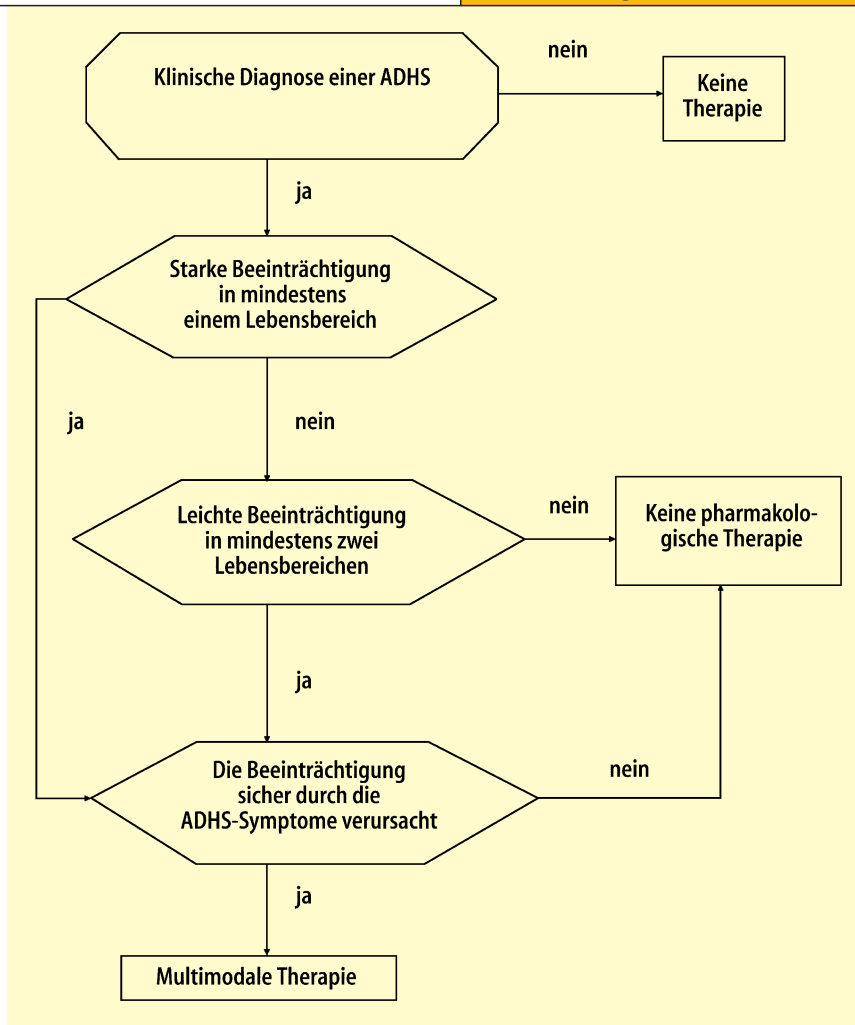
zu B2:

Zur Psychotherapie sind keine kontrollierten Studien bei Erwachsenen publi-

Tabelle 1

Kontrollierte Doppelblindstudien zur medikamentösen Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter in chronologischer Reihenfolge (PRS = Parents Rating Scale [s.8], CAARS = Conners' Adult ADHD Rating Scales [3]), modifiziert nach Krause u. Krause (7)

Studie	Studien-design	Substanz	mittlere Tagesdosis	Pat.zahl	mittleres Alter	Dauer	Responder	Bemerkungen
Wood et al. (23)	Crossover	Methylphenidat	27 mg	11	28	4 Wochen	73%	keine Angaben zu Placebo-Respondern, aber deutlicher statist. Unterschied ($p < 0,001$)
Wender et al. (16)	Parallel	Pemolin	65 mg	48	28	6 Wochen	47% Placebo: 4%	gute Wirkung nur bei PRS > 12
Mattes et al. (10)	Crossover	Methylphenidat	48 mg	26	32	6 Wochen	25%, keine signifikanten Unterschiede zu Placebo	Patienten mit psychiatrischer Komorbidität
Wender et al. (17)	Crossover	Methylphenidat	43 mg	37	31	5 Wochen	57% Placebo: 11%	Signif. gegen Placebo nur bei PRS > 12
Gualtieri et al. (5)	Crossover	Methylphenidat	42 mg	8	28	2 Wochen	Keine Angabe	Alle Symptome gebessert, signifikant nur für Daueraufmerksamkeitstest
Wood et al. (24)	Crossover	Phenylalanin	587 mg	13	28	2–4 Wochen	46% Placebo: 15%	Effekt nur initial, Wirkungsverlust innerhalb von 3 Monaten,
Spencer et al. (12)	Crossover	Methylphenidat	30–100 mg 0,5, 0,75, 1 mg/kg	23	40	7 Wochen	78% Placebo: 4%	Responder-Rate dosis-abhängig
Levin et al. (9)	Crossover	Nikotin-pflaster	21mg/d (Raucher) 7 mg/d (Nichtraucher)	6 Raucher 11 Nicht-raucher	35	4,5 Stunden (mindestens 4 Tage Abstand)	50% Placebo: 6%	auch bei Nichtrauchern signifikanter Effekt
Wilens et al. (19)	Parallel	Desipramin	147 mg	41	37	6 Wochen	68% Placebo: 0%	Dosis ohne Beziehung zur Wirksamkeit
Spencer et al. (13)	Crossover	Tomoxetin	76 mg	21	34	3 Wochen	52% Placebo: 10%	Mehrfach Schlafstörungen sonst gute Verträglichkeit
Wilens et al. (21)	Crossover	Pemolin	148 mg	27	40	10 Wochen	50% Placebo: 17%	Mäßige Wirkung, kein Effekt in Aufmerksamkeitstests
Wilens et al. (20)	Crossover	ABT-418 (Nikotin-Rezeptor-Agonist)	75 mg	29	40	7 Wochen	40% Placebo: 13%	Bessere Wirksamkeit bei weniger schwer betroffenen Pat.
Paterson et al. (11)	parallel	d-Amphetamin	1–7 Tabl.	45	36	6 Wochen	58% Placebo: 10%	Gewichtsverlust, Schlafstörungen und Mundtrockenheit als Nebenwirkungen
Wilens et al. (22)	parallel	Bupropion	200 mg	40	38	6 Wochen	52% Placebo: 11%	Gute Verträglichkeit
Spencer et al. (14)	Crossover	Amphetamin-Salze (Adderall®)	60 mg	27	38	7 Wochen	67% Placebo: 4%	Gute Verträglichkeit bis auf Appetitminderung
Dorrego et al. (4)	Crossover	Lithium vs. Methylphenidat	Lithium bis 1200 mg/d Methylphenidat bis 40 mg/d	32	25	18 sWochen	Lithium 37% Methylphenidat 48%	Wirksamkeit definiert als Reduktion >30% in CAARS



ziert. Es sind nur gut angelegte Vergleichsstudien publiziert, die die Wirksamkeit von solchen Einzel- und Gruppentherapien zeigen, die mit Elementen arbeiten, die störungsspezifisch auf die ADHS-Symptomatik ausgerichtet sind (6).

Es kann deswegen nur mit Evidenzstufe III (Empfehlungsgrad D) empfohlen werden, störungsspezifisch für eine ADHS-Symptomatik entwickelte Elemente in einer Psychotherapie anzuwenden, wie die Erfahrungen mit der Behandlung im Kindesalter zeigen.

Es gibt keine wissenschaftlichen Erkenntnisse, wann Pharmakotherapien oder Psychotherapien alleine oder in Kombination durchgeführt werden sollen. Obwohl nur für die Pharmakotherapie eine Effizienz ausreichend (Evidenzstufen I oder II, Empfehlungsgrad A) nachgewiesen wurde, der Nachweis einer höheren Effizienz einer Kombinationstherapie nicht publiziert ist, wird empfohlen (Evidenzstufe IV, Empfehlungsgrad

D), beide Therapieverfahren zu kombinieren: Manche Symptome sind einer Pharmakotherapie (z. B. Organisationsverhalten, Verhalten in Beziehungen), andere sind einer Psychotherapie weniger zugänglich (z. B. Aufmerksamkeit, emotionale Instabilität).

Monotherapien sollten begründet werden durch eine erforderliche oder gewünschte Schwerpunktbildung in der therapeutischen Behandlung in Bezug auf Hauptsymptomatik und beim Patienten vorhandene Ressourcen.

C) Dauer und Beendigung einer Behandlung

Es existieren keine publizierten Daten zu Effekten und Nebenwirkungen einer medikamentösen oder psychotherapeutischen Langzeittherapie. Alle Untersuchungen umfassen kurze Zeiträume von wenigen Wochen. Im untersuchten Zeitraum wurden keine kontrollierten Studien zur Frage publiziert, ob Methylphenidat das

Risiko einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen erhöht oder erniedrigt und als Substanz gehäuft missbraucht wird. Kontrollierte Studien sind erforderlich.

Nach klinischer Erfahrung sollte eine begonnene Therapie bis zum Eintritt einer Symptombesserung auf mehreren Ebenen durchgeführt und anschließend beibehalten werden. Die Notwendigkeit einer Pharmakotherapie kann nach Besserung oder Remission durch Absetzversuche, die Psychotherapie durch veränderte Therapieintervalle überprüft werden (Evidenzstufe IV, Empfehlungsgrad D).

Anhang

Diagnostische Leitlinien der Hyperkinetischen Störungen nach ICD-10 (25)

Die Kardinalsymptome sind

- beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Überaktivität

Für die Diagnose sind beide notwendig und beides sollte in mehr als einer Situation (z. B. zu Hause, im Klassenraum, in der Klinik) vorkommen.

Die beeinträchtigte Aufmerksamkeit zeigt sich darin, dass Aufgaben vorzeitig abgebrochen und Tätigkeiten nicht beendet werden. Die Kinder wechseln häufig von einer Aktivität zur anderen, wobei sie anscheinend das Interesse an einer Aufgabe verlieren, weil sie zu einer anderen hin abgelenkt werden (wenn auch Laboruntersuchungen nicht regelmäßig ein ungewöhnliches Ausmaß an sensorischer oder perzeptiver Ablenkbarkeit zeigen). Diese Defizite in Aufmerksamkeit und Ausdauer sollten nur dann diagnostiziert werden, wenn sie im Verhältnis zum Alter und Intelligenzniveau des Kindes sehr stark ausgeprägt sind.

Überaktivität bedeutet exzessive Ruhelosigkeit, besonders in Situationen, die relative Ruhe verlangen. Situationsabhängig kann sie sich im Herumlaufen oder Herumspringen äußern, im Aufstehen, wenn dazu aufgefordert wurde, sitzenzubleiben, in ausgeprägter Redseligkeit und Lärmen oder im Wackeln und Zappeln. Beurteilungsmaßstab sollte sein, dass die Aktivität im Verhältnis zu

dem, was in der gleichen Situation von gleichaltrigen Kindern mit gleicher Intelligenz zu erwarten wäre, extrem ausgeprägt ist. Dieses Verhaltensmerkmal zeigt sich am deutlichsten in strukturierten und organisierten Situationen, die ein hohes Maß an eigener Verhaltenskontrolle fordern.

Die folgenden **Begleitmerkmale** sind für die Diagnose nicht notwendig, stützen sie jedoch:

- Distanzlosigkeit in sozialen Beziehungen
- Unbekümmertheit in gefährlichen Situationen
- impulsive Missachtung sozialer Regeln (sie äußern sich in Einmischung in oder Unterbrechung von Aktivitäten anderer oder vorschnellem Beantworten noch nicht vollständig gestellter Fragen oder in der Schwierigkeit zu warten, bis man an der Reihe ist).

Lernstörungen und motorische Ungeschicklichkeit treten mit großer Häufigkeit auf und sollten, wenn vorhanden, getrennt verschlüsselt werden. Bestandteil der eigentlichen Diagnose der hyperkinetischen Störung sollten sie jedoch nicht sein.

Symptome einer Störung des Sozialverhaltens sind weder Ein- noch Ausschlusskriterien für die Hauptdiagnose. Diese Störung bildet jedoch die Basis für die Hauptunterteilung der hyperkinetischen Störung.

Die charakteristischen Verhaltensprobleme sollen früh (vor dem 6. Lebensjahr) begonnen haben und von längerer Dauer sein. Wegen der breiten Variation der Norm ist Hyperaktivität vor dem Schulalter schwierig zu erkennen. Bei Vorschulkindern soll nur ein extremes Ausmaß zu dieser Diagnose führen.

Auch im Erwachsenenalter kann die Diagnose eines hyperkinetischen Syndroms gestellt werden. Die Kriterien sind dieselben, jedoch müssen Aufmerksamkeit und Aktivität anhand entwicklungsmaßig angemessener Normen beurteilt werden. Wenn eine hyperkinetische Störung in der Kindheit bestand, aber nicht mehr nachweisbar ist, ihr jedoch eine andere Störung, wie etwa eine dissoziale Per-

sönlichkeitsstörung oder ein Substanzmissbrauch folgte, dann ist die augenblickliche Störung und nicht die anamnestisch bekannte zu verschlüsseln.

Diagnostische Kriterien der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV (1)

A. Entweder Punkt (1) oder Punkt (2) müssen zutreffen.

(1) sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

Unaufmerksamkeit

- (a) beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten,
- (b) hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten,
- (c) scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen,
- (d) führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder Verständnisschwierigkeiten),
- (e) hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren,
- (f) vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die längerandauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben),
- (g) verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug),
- (h) lässt sich öfter durch äußere Reize leicht ablenken,
- (i) ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich;

(2) sechs (oder mehr) der folgenden Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

Hyperaktivität

- (a) zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum,
 - (b) steht in der Klasse oder in anderen Situationen, in denen Sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf,
 - (c) läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben),
 - (d) hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen,
 - (e) ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“,
 - (f) redet häufig übermäßig viel;
- Impulsivität
- (g) platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist,
 - (h) kann nur schwer warten, bis er an der Reihe ist,
 - (i) unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein).

B. Einige Symptome der Hyperaktivität-Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf.

C. Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z. B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz und zu Hause).

D. Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit vorhanden sein.

E. Die Symptome treten nicht ausschließlich im Verlauf einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophre-

nie oder einer anderen psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z. B. affektive Störung, Angststörung, dissoziative Störung oder eine Persönlichkeitsstörung).

Kodierte je nach Subtypus:

314.01 (F90.0) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Mischtypus: liegt vor, wenn die Kriterien A1 und A2 während der letzten sechs Monate erfüllt waren.

314.00 (F98.8) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Vorwiegend Unaufmerksamer Typus: liegt vor, wenn Kriterium A1, nicht aber Kriterium A2 während der letzten sechs Monate erfüllt war.

314.01 (F90.1) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Vorwiegend Hyperaktiv-Impulsiver Typus: liegt vor, wenn Kriterium A2, nicht aber Kriterium A1 während der letzten sechs Monate erfüllt war.

Kodierhinweise: Bei Personen (besonders Jugendlichen und Erwachsenen), die zum gegenwärtigen Zeitpunkt Symptome zeigen, aber nicht mehr alle Kriterien erfüllen, wird „Teilremittiert“ spezifiziert.

Wender-Utah-Kriterien der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter (18)

Verlangt für eine sichere Diagnose im Erwachsenenalter werden Aufmerksamkeitsschwäche und Hyperaktivität neben zwei der unter den Punkten 3 – 7 aufgeführten Charakteristika.

1. Aufmerksamkeitsstörung:

Gekennzeichnet durch das Unvermögen, Gesprächen aufmerksam zu folgen, erhöhte Ablenkbarkeit (andere Stimuli können nicht herausgefiltert werden), Schwierigkeiten, sich auf schriftliche Dinge oder Aufgaben zu konzentrieren, Vergesslichkeit, häufiges Verlieren oder Verlegen von Gegenständen wie Autoschlüssel, Geldbeutel oder der Brieftasche.

2. Motorische Hyperaktivität:

Charakterisiert durch das Gefühl innerer Unruhe, Unfähigkeit, sich zu entspannen, „Nervosität“ (i. S. eines Unvermögens, sich entspannen zu können – nicht antizipato-

rische Ängstlichkeit), Unfähigkeit, sitzende Tätigkeiten durchzuhalten, z. B. am Tisch still sitzen, Spielfilme im Fernsehen ansehen, Zeitung lesen, stets „auf dem Sprung“ sein, dysphorische Stimmungslagen bei Inaktivität.

3. Affektlabilität:

Diese charakteristische Stimmungsstörung wird nicht in DSM-IV beschrieben. Sie bestand gewöhnlicher Weise schon vor der Adoleszenz, gelegentlich schon so lange, wie sich der Patient erinnern kann. Gekennzeichnet ist sie durch Wechsel zwischen normaler und niedergeschlagener Stimmung sowie leichtgradiger Erregung. Die niedergeschlagene Stimmungslage wird vom Patienten häufig als Unzufriedenheit oder Langeweile beschrieben. Die Stimmungswechsel dauern Stunden bis maximal einige Tage (hat das Verhalten bereits zu ernsthaften oder anhaltenden Schwierigkeiten geführt, können sie sich ausdehnen). Im Gegensatz zur „major depression“ (endogene Depression) finden sich kein ausgeprägter Interessenverlust oder somatische Begleiterscheinungen. Die Stimmungswechsel sind stets reaktiver Art, deren auslösende Ereignisse zurückverfolgt werden können. Gelegentlich treten sie aber auch spontan auf.

4. Desorganisiertes Verhalten:

Aktivitäten werden unzureichend geplant und organisiert. Gewöhnlich schildern die Patienten diese Desorganisation in Zusammenhang mit der Arbeit, der Haushaltsführung oder mit schulischen Aufgaben. Aufgaben werden häufig nicht zu Ende gebracht, die Patienten wechseln planlos von einer Aufgabe zur nächsten und lassen ein gewisses „Haftenbleiben“ vermissen. Unsystematische Problemlösestrategien liegen vor, daneben finden sich Schwierigkeiten in der zeitlichen Organisation und Unfähigkeit, Zeitpläne oder Termine einzuhalten.

5. Affektkontrolle:

Der Patient (und sein Partner) berichten von andauernder Reizbarkeit, auch aus geringem Anlass, verminderter Frustrationstoleranz und Wutausbrüchen. Gewöhnlich sind die Wutanfälle nur von kurzer Dauer. Eine typische Situation ist die

erhöhte Reizbarkeit im Straßenverkehr im Umgang mit anderen Verkehrsteilnehmern. Die mangelhafte Affektkontrolle wirkt sich nachteilig auf Beziehungen zu Mitmenschen aus.

6. Impulsivität:

Einfache Formen hiervon sind Dazwischenreden, Unterbrechen anderer im Gespräch, Ungeduld, impulsiv ablaufende Einkäufe, und das Unvermögen, Handlungen im Verlauf zu protraahieren, ohne dabei Unwohlsein zu empfinden.

7. Emotionale Überreagibilität:

Der Patient ist nicht in der Lage, adäquat mit alltäglichen Stressoren umzugehen, sondern reagiert überschießend oder ängstlich. Die Patienten beschreiben sich selbst häufig als schnell „belästigt“ oder gestresst.

Literatur

- 1 American Psychiatric Association (1996) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV. Hogrefe, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle
- 2 Brown TE (1996) Brown attention deficit disorder scales. The Psychological Corporation, San Antonio, TX
- 3 Conners CK, Erhardt D, Sparrow E (1999) Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS). Multi-Health Systems, North Tonawanda, NY
- 4 Dorrego MF, Canevaro L, Kuzis G, Sabe L, Starkstein SE (2002) A randomized, double-blind, crossover study of methylphenidate and lithium in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: preliminary findings. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 14: 5:289–295
- 5 Gualtieri CT, Ondrusek MG, Finley C (1985) Attention deficit disorders in adults. *Clin Neuropharmacol* 8: 5:343–356
- 6 Heßlinger H, Tebartz van Elst L, Nyberg E, Dykierck P, Richter H, Berner M, Ebert D (2002) Psychotherapy of ADHD in adults. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 252: 5:177–184
- 7 Krause J, Krause KH (2003) ADHS im Erwachsenenalter. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen. Schattauer, Stuttgart-New York
- 8 Krause KH, Krause J, Trott GE (1998) Das hyperkinetische Syndrom (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) im Erwachsenenalter. *Nervenarzt* 69: 5:543–556
- 9 Levin ED, Conners CK, Sparrow E, Hinton SC, Erhardt D, Meck WH, Rose JE, March J (1996) Nicotine effects on adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychopharmacology (Berl)* 123: 5:55–63
- 10 Mattes JA, Boswell L, Oliver H (1984) Methylphenidate effects on symptoms of attention deficit disorder in adults. *Arch Gen Psychiatry* 41: 5:1059–1063
- 11 Paterson R, Douglas C, Hallmayer J, Hagan M, Krupenia Z (1999) A randomised, double-blind, placebo-controlled trial of dexamphetamine in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 33: 5:494–502
- 12 Spencer T, Wilens T, Biederman J, Faraone SV, Ablon JS, Lapey K (1995) A double-blind, crossover comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood-onset attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 52: 5:434–443

- 13 Spencer T, Biederman J, Wilens T, Prince J, Hatch M, Jones J, Harding M, Faraone SV, Seidman L (1998) Effectiveness and tolerability of tomoxetine in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 155: S.693–695
- 14 Spencer T, Biederman J, Wilens T, Faraone S, Prince J, Gerard K, Doyle R, Parekh A, Kagan J, Bearman SK (2001) Efficacy of a mixed amphetamine salts compound in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 58: S.775–782
- 15a Ward MF, Wender PH, Reimherr FW (1993) The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 150: S.885–890
- 15b Retz-Junginger P, Retz W, Blocher D, Weijers H-G, Trott G, Wender PH, Rösler M (2002) Wender Utah Rating Scale (WURS-k). Die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Nervenarzt* 73:830–833
- 16 Wender PH, Reimherr FW, Wood DR (1981) Attention deficit disorder ('minimal brain dysfunction') in adults. A replication study of diagnosis and drug treatment. *Arch Gen Psychiatry* 38: S.449–456
- 17 Wender PH, Reimherr FW, Wood D, Ward M (1985) A controlled study of methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder, residual type, in adults. *Am J Psychiatry* 142: S.547–552
- 18 Wender PH (1995) Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. Oxford University Press, New York-Oxford
- 19 Wilens TE, Biederman J, Prince J, Spencer TJ, Faraone SV, Warburton R, Schleifer D, Harding M, Linehan C, Geller D (1996) Six-week, double-blind, placebo-controlled study of desipramine for adult attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 153: S.1147–1153
- 20 Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ, Bostic J, Prince J, Monuteaux MC, Soriano J, Fine C, Abrams A, Rater M, Polisner D (1999) A pilot controlled clinical trial of ABT-418, a cholinergic agonist, in the treatment of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 156: S.1931–1937
- 21 Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ, Frazier J, Prince J, Bostic J, Rater M, Soriano J, Hatch M, Sienna M, Millstein RB, Abrantes A (1999) Controlled trial of high doses of pemoline for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychopharmacol* 19: S.257–264
- 22 Wilens TE, Spencer TJ, Biederman J, Girard K, Doyle R, Prince J, Polisner D, Solhkhah R, Comeau S, Monuteaux MC, Parekh A (2001) A controlled clinical trial of bupropion for attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Am J Psychiatry* 158: S.282–288
- 23 Wood DR, Reimherr FW, Wender PH, Johnson GE (1976) Diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction in adults: a preliminary report. *Arch Gen Psychiatry* 33: S.1453–1460
- 24 Wood DR, Reimherr FW, Wender PH (1985) Treatment of attention deficit disorder with DL-phenylalanine. *Psychiatry Res* 16: S.21–26
- 25 World Health Organization. Division of Mental Health (1990) ICD-10. World Health Organization, Geneva

Berufsverband Deutscher Nervenärzte BVDN Berufsverband Deutscher Psychiater BVDP

Werden Sie Mitglied!

Der BVDN wurde vor über 40 Jahren gegründet und hat zur Zeit eine Mitgliederzahl von knapp 2600 Kollegen. Er ist in Landesverbände gegliedert, die Länderdelegiertenversammlung trifft sich zweimal im Jahr. Ursprünglich die berufspolitische Vertretung ausschließlich der niedergelassenen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater, ist seit Mai 2003 durch eine Satzungsänderung die Aufnahme klinisch tätiger Kollegen möglich und sehr willkommen. Ende der 90er Jahre wurden die Sektionen Neurologie sowie Psychiatrie u. Psychotherapie des BVDN gegründet, da die Zahl der neu zugelassenen Doppelfachärzte zugunsten „reiner“ Neurologen oder Psychiater zurückging. Der BVDP wurde 1999 in Leipzig gegründet und löste die Sektion Psychiatrie und Psychotherapie im BVDN ab. Der BVDP hat eine Bundesstruktur, keine Landesverbände. BVDN und BVDP sind Mitglied in der GFB (Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände), in der AG fachärztlicher Fortbildungskommissionen, in der Ständigen Konferenz ärztlich psychotherapeutischer Verbände, beide arbeiten im Arbeitskreis zur Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung im Bundesgesundheitsministerium und in den Kompetenznetzen Schizophrenie und Depression mit. Desweiteren ist der BVDP im Beratenden Fachausschuß Psychotherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vertreten. Der BVDP hat zur Zeit knapp 200 Mitglieder. Der BVDP-Jahresmitgliedsbeitrag beläuft sich auf 435 Euro. Der BVDP ist von Anfang an für Niedergelassene und Kliniker offen.

Was bietet Ihnen die Mitgliedschaft?

- Kostenloser Bezug des NEUROTRANSMITTER (für DGPPN-Mitglieder ab Ende 2003 auch als Serviceleistung der DGPPN zu beziehen) mit 10 Ausgaben pro Jahr plus 2 Sonderausgaben zum DGN- und DGPPN-Kongreß
- Kostenloser Bezug des NEUROTRANSMITTER-Telegramms mit aktuellen berufspolitischen Informationen
- Kostenlose Nutzung der BVDN/BVDP-homepage www.bvdn.de
- Kostenloses Jahresabonnement einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift
- BVDN-Fax-Abruf zu verschiedenen Serviceleistungen, Ketten-Fax NERFAX zu aktuellen News

Was kostet die Mitgliedschaft?

BVDN-Mitglied werden Sie über den jeweiligen Landesverband, Auskunft über die Geschäftsstelle, s. u. (Mitgliedsbeitrag 200–400 Euro, je nach Landesverband)

BVDP-Mitglied werden sie über den BVDP-Bundesverband,
Geschäftsstelle Neuss,
Hammer Landstr. 1a,
41460 Neuss,
bvdn.bund@t-online.de,
Fax 02131 2209922

Der BVDP- Einzelmitgliedsbeitrag und die Doppelmitgliedschaft in BVDN-BVDP kostet 435 Euro.

Welche Mitgliedschaft ist für mich richtig?

- Nervenärztliche Tätigkeit: BVDN
- Nervenärztliche Tätigkeit mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Schwerpunkt: Doppelmitgliedschaft
- Psychiatrisch/psychotherapeutische Tätigkeit: BVDP

Dr. Christa Roth-Sackenheim
1. Vorsitzende des BVDP
Breite Straße 63, 56626 Andernach
Tel. 02632/96400, Fax 02632/964096
bvdn@Dr-Roth-Sackenheim.de