

SECURITY

Dossier
ADHS bei Erwachsenen

04

Therapie statt Ideologie

Eine praxisrelevante Bestandesaufnahme zur ADHS bei Erwachsenen

Die FSP-PsychologInnen Piero Rossi und Susanne Bürgi arbeiten spezialisiert im Bereich ADHS. In ihrer aktuellen Bestandesaufnahme für *Psychoscope* fokussieren sie auf Relevantes für die klinische Praxis bei Erwachsenen: Dazu gehört neben optimierten Diagnoseinstrumenten und -kriterien insbesondere auch die pragmatische Anwendung multimodaler Therapiekonzepte.

In zahlreichen aktuellen Medienberichten wird die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) als unheilvolle Modeerscheinung dargestellt. Sie sei die Folge gesellschaftlicher Reizüberflutung und Ausdruck erzieherischer Defizite. Immer lauter wird die medikamentöse ADHS-Therapie diskreditierend in einen Zusammenhang mit «Hirndoping» und «Neuro-Enhancement» gebracht. Speziell befremdend klingen die Positionen der anonym operierenden Organisation ADHS-Schweiz, welche der ADHS jegliche Evidenz absprechen (www.adhs-schweiz.ch).

Betroffene, Angehörige und Fachpersonen sind ob der zahlreichen unsachlichen Medienberichte zur ADHS verunsichert: Sind ADHS-Verhaltensstörungen in Wahrheit Ausdruck und Folge komplexer, frühkind-



Foto: Ursula Markus

licher Bindungsprobleme? Oder ist die ADHS ein typisches Produkt des «Neurokapitalismus» (Jokeit & Hess, 2009)? Wurden wir Opfer raffinierter Marketingstrategien der Pharmaindustrie? Ist Ritalin gar ein «Verbrechen» (Feuser, 2009)? Was soll man glauben?

Evidenz der ADHS

Wer ADHS-betroffene Menschen persönlich kennt und ihnen psychotherapeutischen Beistand leistet, dem erscheinen die ideologischen und zum Teil fundamentalistisch anmutenden Glaubenskämpfe über die Ursachen und gesellschaftlichen Hintergründe der ADHS obsolet und fern jeglicher praktisch-therapeutischer Relevanz. Im klinischen Alltag stehen wir vor ganz anderen Herausforderungen. Diese gelten in erster Linie einer möglichst optimalen Behandlung der betroffenen PatientInnen: Ob die ADHS nun *die* Krankheit der Postmoderne darstellt oder ob die Gewinne der Pharmaindustrie infolge steigenden Absatzes von Stimulanzien noch höher ausfallen als sonst, interessiert im klinischen Alltag angesichts der vielfach guten therapeutischen Wirkung dieser Medikamente nicht. Für die Betroffenen und deren Angehörige sowie für Fachpersonen, welche mit ADHS-Patienten arbeiten, kommt der ADHS dieselbe Evidenz zu wie Angststörungen und anderen psychischen Erkrankungen. Eine unbehandelte ADHS ist eine sich in verschiedenen Lebensbereichen manifestierende, chronisch verlaufende und ernste psychische Störung. Sie hat weitreichende Konsequenzen für die PatientInnen und deren Angehörige und verursacht hohe volkswirtschaftliche Kosten. Betroffen sind neben Kindern und Jugendlichen 3,7 Prozent aller Erwachsenen beiden Geschlechts (1:1).

Leben mit einer ADHS

Menschen mit einer ADHS werden seit Kindheit durch einen – gemäss aktuellem Wissensstand primär neurobiologisch bedingten – chronischen Mangel an Selbstbeherrschung und Konzentration in ihrer Entwicklung und Lebensbewältigung behindert. Infolge ihres Unvermögens, Impulse angemessen zu hemmen und ihre Affekte situationsgemäss zu regulieren, stehen sie meist

ein Leben lang im Konflikt mit Eltern, Lehrern und Vorgesetzten, mit den eigenen Kindern, PartnerInnen, mit sich selbst und nicht selten auch mit dem Gesetz. Ihrer Zerstreuung und Vergesslichkeit wegen wirken viele ADHS-Betroffene unzuverlässig, was zu chronischen Scham- und Schuldgefühlen führt. Ihr Stimulationshunger lässt sie immer neue Projekte anreisen, was bei vielen zu Erschöpfungsdepressionen oder einem Burnout führt.

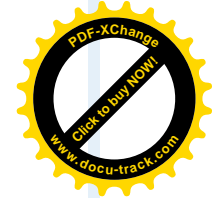
Erwartungswidrige schulische Minderleistungen und deren Folgen, berufliches Versagen, Sucht und Delinquenz, Verkehrsunfälle, Scheidungen und Verschuldung stellen einige der schmerzhaften Lebensstationen vieler ADHS-Betroffenen dar. Bis in die tiefsten Schichten ihrer Seele halten sie sich meist ein Leben lang für unfähig und dumm. Diese und andere negative Grundannahmen, ständig genährt durch alltägliche Auswirkungen fortbestehender neurokognitiver Funktionsstörungen, fördern eine unheilvolle Misserfolgserwartung und führen immer wieder in einen Teufelskreis, aus dem die meisten ADHS-Betroffenen ohne psychotherapeutische Hilfe nicht mehr herausfinden (siehe dazu auch Rossi, 2001).

Herausforderung ADHS-Diagnostik

Noch immer durchlaufen zu viele ADHS-Betroffene eine Odyssee von Abklärungen und verschiedensten Therapien, bis ihre Kernproblematik erfasst und behandelt wird. Zahlreiche psychologische und ärztliche KollegInnen sind sich der klinischen Relevanz der ADHS noch nicht bewusst.

Auf der anderen Seite besteht gleichzeitig auch ein Risiko für falsch-positive ADHS-Diagnosen. Warum? Zu Konzentrationsschwächen, impulsivem Verhalten sowie Störungen der Exekutivfunktionen kommt es in unterschiedlicher Ausprägung auch bei anderen psychischen und neurologischen Störungen. Um dem damit verbundenen Verwechslungsrisiko zu begegnen, kommt der Differenzialdiagnostik ein hoher Stellenwert zu.

Punkt E der diagnostischen ADHS-Kriterien des Klassifikationssystems DSM-IV-TR verlangt zu Recht den Ausschluss anderer Störungen, welche mit einer ADHS verwechselt werden könnten. Erwähnung finden lei-





der nur Differenzialdiagnosen auf entwicklungs- oder psychopathologischer Ebene. Unberücksichtigt bleiben etwa seit Kindheit bestehende neuropsychologische Funktionsstörungen («Teilleistungsstörungen»), neurologische Erkrankungen oder Folgen von Hirnverletzungen, welche ebenfalls mit ADHS-ähnlichen Beschwerden einhergehen können. Um eben diese auch erfassen und einer entsprechenden Behandlung zuführen zu können, erachten wir bei Verdacht auf ADHS – im Gegensatz zu den Empfehlungen verschiedener Leitlinien – eine die klinische Untersuchung ergänzende neuropsychologische Abklärung für unverzichtbar. Eine beweisgebende ADHS-Klassifikation ermöglicht eine neuropsychologische Untersuchung indes ebenfalls nicht. Die Diagnose der ADHS beruht deshalb vorläufig auf einer klinischen Untersuchung, einer sorgfältigen Anamneseerhebung und einer zwecks Differenzialdiagnose durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung.

Unzuverlässige ADHS-Tests?

Anders als in einem Forschungssetting stehen wir in der Praxis nicht nur entweder ADHS-Betroffenen oder Gesunden gegenüber. Wir sind mit vielfältigen und sich überschneidenden Störungsbildern konfrontiert und erwarten von einem Test, dass dieser differenziell valide ist und eine verlässliche diagnostische Zuordnung ermöglicht. Leider finden selbst bei neueren ADHS-Tests klinische Vergleichsstichproben wenig oder keine Berücksichtigung. Obwohl sie bezüglich Konzentrations- und Impulskontrollproblemen keine signifikanten Unterschiede gegenüber Patientengruppen mit affektiven und anderen psychischen Störungen abbilden und konstruktionsbedingt wenig spezifisch sind, kommt diesen Testbefunden im klinischen Alltag oftmals eine beweisgebende Funktion zu. Das erhöht das Risiko von falsch positiven ADHS-Diagnosen.

So wichtig die diagnostischen Kriterien der Klassifikationssysteme DSM-IV-TR und ICD-10 für die Therapieforschung und Krankenkassenentscheide auch sein mögen: Aus einer klinisch-therapeutischen Perspektive erscheinen sie in Bezug auf erwachsene PatientInnen wenig valide. Je mehr erwachsene ADHS-Betroffene wir untersuchten und behandelten, umso deutlicher wurde, dass die ADHS-Diagnose im Sinne der gemäss DSM-IV-TR geforderten klinisch akuten Zustandsstörungen (Achse-I-Störung) nur selten vorkommt.

«ADHS-Spektrum-Störung»

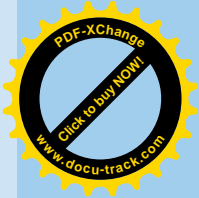
Was uns begegnet, sind vielmehr Menschen mit chronifizierten ADHS-charakteristischen Verhaltensweisen und festgefahrenen ADHS-Persönlichkeitszügen. Wir sehen mehr oder weniger gut kompensierte ADHS-Kernsymptome und Vermeidungsstrategien, die von verschie-

denen akuten psychopathologischen Störungsbildern wie etwa Suchtstörungen überlagert werden und die ADHS maskieren können. Auf Berührungspunkte zwischen der ADHS und der Borderline-Persönlichkeitsstörung haben Winkler und Rossi (2001) hingewiesen. Daneben begegnen uns vor allem bei Frauen sowie bei intelligenten PatientInnen akute, ADHS-ähnliche Beschwerdebilder, welche die diagnostischen Kriterien der Klassifikationssysteme zwar nicht erfüllen, in ihrer Gesamtheit sowie nach Würdigung sämtlicher Differenzialdiagnosen einer ADHS aber sehr nahe kommen. Wiederholt haben wir in diesem Zusammenhang beobachtet, dass PatientInnen mit der Begründung einer zu späten Erstmanifestation (beeinträchtigende ADHS-Symptome müssen vor dem siebten Lebensjahr vorliegen) eine sich später als wirksam erweisende ADHS-Therapie vorenthalten blieb. Mit der Bezeichnung «ADHS-Spektrum-Störung», welche übergeordnet sowohl die ADHS gemäss DSM-IV-TR als auch atypische und subklinische Bilder umfasst, versuchen wir deshalb – bei aller diagnostischen Sorgfalt – auch solchen PatientInnen und ihren Beschwerden klinisch-therapeutische Evidenz zukommen zu lassen.

Therapie der ADHS

Im Hinblick auf die Therapie von Erwachsenen mit ADHS unterschätzen derzeit noch zahlreiche ärztliche KollegInnen den Stellenwert der Psychotherapie, während viele psychologische PsychotherapeutInnen die Bedeutung der medikamentösen Behandlung verkennen. Erfahrungsgemäss braucht es in der Regel beides.

- **Psychotherapie:** Wie für andere PatientInnen bilden auch für erwachsene ADHS-Betroffene «Verstehen» und «Verstanden werden» die wichtigsten Grundpfeiler einer erfolgreichen Therapie. Auf Behandlerseite sind neben neuropsychologischem und psychopharmakologischem Know-how berufliche Erfahrungen mit ADHS-Kindern relevant. Ziel einer Therapie sollte dabei die Etablierung eines angemesseneren Selbstbildes sein, welches die neurokognitiven Handicaps integriert und zu Selbstkontrolle und Handlungsfähigkeit führt. Methodisch haben sich kognitiv-behaviorale Ansätze bewährt, wobei sich die individualisierte Anwendung einzelner Module aus ADHS-Therapiemanualen (z.B. Safren et al., 2009; vgl. auch S. 8 ff) als hilfreich erwiesen haben. Je nach Problemlage, Komorbiditäten und Ressourcen kommt auch anderen therapeutischen Konzepten Berechtigung zu. So gewinnen traumatherapeutische Ansätze zusehends an Bedeutung, weil zahlreiche erwachsene ADHS-PatientInnen durch ADHS-bedingte Lebenserfahrungen traumatisiert sind und Symptome einer leichten, chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung zeigen.



- **Medikation** stellt in vielen Fällen eine Bedingung für den Behandlungserfolg dar. So bildet das Wiedererlangen der Kernkompetenzen «Selbstaufmerksamkeit», «Handlungsfähigkeit», «Innehalten» und «Zuhören können» die Voraussetzung für das Ansprechen auf eine Psychotherapie. Ein sorgfältiges Ausloten und konsequentes Ausschöpfen der mit einer Medikation verbundenen therapeutischen Möglichkeiten führt denn auch zu erfreulich hohen Responderraten. Dabei stehen Methylphenidat und andere Stimulanzien sowie seit Kurzem auch Atomoxetin zur Verfügung. In einigen Fällen ist eine Kombination mit noradrenerg wirkenden Antidepressiva erforderlich.
- **Multimodale Therapie:** Von einer medikamentösen Behandlung der ADHS ohne begleitende Psychotherapie ist abzusehen. Die Medikation kann zwar Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen stabilisieren, die negativen Grundannahmen und deren Auswirkungen hingegen vermag sie nicht einfach so aufzulösen. Ausserdem verbessert die Behandlung mit Stimulanzien die Selbstaufmerksamkeit und eröffnet Zugang zu Verarbeitungsprozessen, die einer psychotherapeutischen Begleitung bedürfen, wie z.B. Trauerarbeit.
Von einer Psychotherapie der ADHS ohne Medikamente raten wir nach einschlägigen Erfahrungen im Regelfall indes ebenfalls ab. Allfälliges Misstrauen gegenüber Medikamenten soll ernst genommen werden. Ihm kann mit Bereitstellung von Fachinformationen begegnet werden.

Anstehende Entwicklungen

In einigen Jahren werden wir mehr über das wissen, was wir heute als ADHS konzipieren. Biopsychologische Modelle werden voraussichtlich zu einem differenzierteren Störungskonzept und zu wirkungsvolleren therapeutischen Ressourcen führen. Wahrscheinlich werden zudem Biomarker eine zuverlässige Diagnostik ermöglichen – hoffentlich ohne die Einzigartigkeit des Individuums zu vernachlässigen. Möglicherweise führt die Erforschung des ADHS-Endophänotyps zu einer Überwindung der Grenzen herkömmlicher Klassifikationssysteme. Zu wünschen ist überdies, dass im Rahmen der Aktualisierung des DSM-IV erwachsenen ADHS-Betroffenen mehr Aufmerksamkeit zukommen wird, ebenso wie der neuropsychologischen Perspektive, der bisher vernachlässigten Impulsivitätsproblematik sowie einer dimensionalen Sichtweise, welche auch subsyndromale Diagnosen ermöglicht.

Piero Rossi, Susanne Bürgi

Bibliografie

Weiterführende Literatur kann bei der Autorenschaft bezogen werden. Siehe auch www.adhs.ch

Feuser, G. (2009). *Ritalin ist ein Verbrechen*. Weltwoche, 26/09.

Jokeit, H., & Hess, E. (2009). *Neurokapitalismus*. Merkur, 721, 541–545.

Rossi, P. (2001). *Zerstreut, gereizt, leicht ablenkbar*. *Psychoscope*, 3/2001, 6–9.

Safren, S.A., Perlman, C.A., Sprich, S., & Otto, M.W. (2009). *Kognitive Verhaltenstherapie der ADHS des Erwachsenenalters*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Winkler, M., & Rossi, P. (2001). *Borderline-Persönlichkeitsstörung und ADHS bei Erwachsenen*. *Persönlichkeitsstörungen*, 5, 39–48.

Die AutorInnen

Dipl.-Psych. Piero Rossi ist Fachpsychologe für Psychotherapie FSP und führt in Niederlenz eine psychologische Praxis mit Schwerpunkt ADHS.

Lic. phil. Susanne Bürgi ist Psychologin FSP und Mitarbeiterin von Piero Rossi.

In den letzten fünf Jahren hatten Dipl.-Psych. Piero Rossi und lic. phil. Susanne Bürgi: Vortragshonorare: ja, indes keine Honorare von pharmazeutischen Firmen. Industriegesponserte Vortragsreihen: nein. Beteiligungen an Medikamentenversuchen: nein. Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Beiräten von pharmazeutischen Unternehmen: nein. Aktienbesitz und Beteiligungen an pharmazeutischen Firmen: nein.

Anschrift

Dipl.-Psych. Piero Rossi & lic. phil. Susanne Bürgi,
Farmweg 4, CH-5702 Niederlenz.
www.piero-rossi.ch
praxis@psychologie-online.ch

Résumé

Depuis 1997, Piero Rossi, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, a examiné et traité d'innombrables enfants, adolescents et adultes souffrant de TDAH ou d'autres troubles analogues. En compagnie de la psychologue FSP Susanne Bürgi, il dresse ici un inventaire centré sur la pratique en matière de TDAH chez l'adulte. Procédures et critères de diagnostic dans le domaine du TDAH chez l'adulte se révèlent encore peu satisfaisants. En outre, sur le thème des thérapies multimodales, les praticiens souhaitent davantage de compréhension entre disciplines et moins de déballage public de stériles querelles idéologiques.