

Alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

In der vorliegenden Übersichtsarbeit werden die Besonderheiten der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) beim erwachsenen Menschen dargestellt und ihre Bedeutung für die Diagnostik im Erwachsenenalter in den Mittelpunkt gestellt. Dabei wird auch auf bislang in diesem Lebensabschnitt weniger gut untersuchte Subtypenunterschiede und geschlechtsspezifische Besonderheiten eingegangen.

Symptomatik und Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter

Das Konzept der Aufmerksamkeitsstörungen wurde erstmals 1980 durch das DSM-III eingeführt und über das DSM-III-R zu der heutigen Konzeption der ADHS nach DSM-IV ausgebaut [2]. Damit wurde nicht etwa eine neue Erkrankung bei Erwachsenen entdeckt, vielmehr wurde lediglich eine begriffliche Neuordnung von heterogenen Störungsmustern vorgenommen, die vor dem DSM-III als frühkindlicher Hirnschaden, minimale zerebrale Dysfunktion, psychorganisches Syndrom (POS) etc. bezeichnet worden waren [29]. Insgesamt stehen heute 4 typologische Diagnosen zur Verfügung, die auf dem Boden von 9 Symptomen, die Aufmerksamkeitsstörungen erfassen, und 9 weiteren Zeichen, die Hyperaktivität und Impulsivität abbilden, bewertet werden sollen. Leider stimmen die Konzepte von DSM-IV und ICD-10 [11] nicht ausreichend überein. Im direkten Vergleich scheint die DSM-IV-Konzeption für Erwachsene besser geeignet, vor

allem weil hier die Möglichkeit gegeben ist, Subtypen zu differenzieren.

Das DSM-IV-Konzept ermöglicht die Differenzierung in ADHS-Subtypen

Die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter basiert auf einem individuellen Entscheidungsprozess, d. h. es handelt sich um eine klinische Diagnose, die nach einer Exploration auf dem Boden des Nachweises einer spezifischen Psychopathologie gestellt werden kann (■ **Abb. 1**). Einen Test, auf dessen Grundlage allein die Diagnose ADHS gesichert werden kann, gibt es nicht. Dies betrifft neuropsychologische Verfahren ebenso wie biochemische, bildgebende, neurophysiologische und alle anderen Methoden. Daraus folgt, dass die psychopathologischen Symptome zur Diagnose nach DSM-IV zusammen mit den zusätzlich zu berücksichtigenden Ein- und Ausschlusskriterien einen entscheidenden Einfluss besitzen. Die erforderlichen Schritte im diagnostischen Entscheidungsprozess sind in ■ **Tab. 1** aufgelistet.

Symptomatik im Einschulungsalter

Das Kriterium, dass die ADHS bereits mit 6 Jahren vorhanden gewesen sein sollte, ist relativ leicht bei Erwachsenen zu beurteilen, wenn in der Kindheit eine entsprechende fachlich fundierte ADHS-Diagnose gestellt wurde. Dies ist aber nur bei einem Teil der Patienten, die als Erwachsene in die ADHS-Sprechstunde kommen, der Fall. Im Gegensatz zur Situati-

on in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist es nicht selbstverständlich, dass Angehörige oder andere Bezugspersonen verfügbar sind, um eine Anamnese zu dem angesprochenen Thema zu erstellen. Insofern ist man auf eine eingehende Befragung der Betroffenen angewiesen. Dabei erweist sich die Wender-Utah Rating Scale (WURS [29], deutsche Version: WURSK [24]) zur standardisierten Erfassung kindlicher Symptome der ADHS vielfach als hilfreich. Bei diesem Selbstbeurteilungsverfahren müssen ADHS-Symptome aus der Retrospektive und in Projektion auf das Alter zwischen 8 und 10 Jahren in graduiert Form bewertet werden. Das ursprünglich aus den USA stammende Verfahren ist an deutschen Stichproben erprobt und validiert worden. Es liegt ein Cut-off-Wert von 30 Punkten vor, ab dem der Verdacht auf eine ADHS-Symptomatik in der Kindheit geäußert werden kann.

Diagnose der ADHS bei Erwachsenen nach DSM-IV-Kriterien und ICD-10

Nur die Forschungs-, nicht aber die klinische Ausgabe der ICD-10 verfügt über spezielle Diagnosekriterien. Die 18 DSM-IV-Kriterien stimmen mit denen der ICD-10-Forschungsversion überein. Die angeführten Kriterien beziehen sich auf 3 klassische psychopathologische Symptome:

- Aufmerksamkeitsstörungen,
- Impulsivität und
- Hyperaktivität.

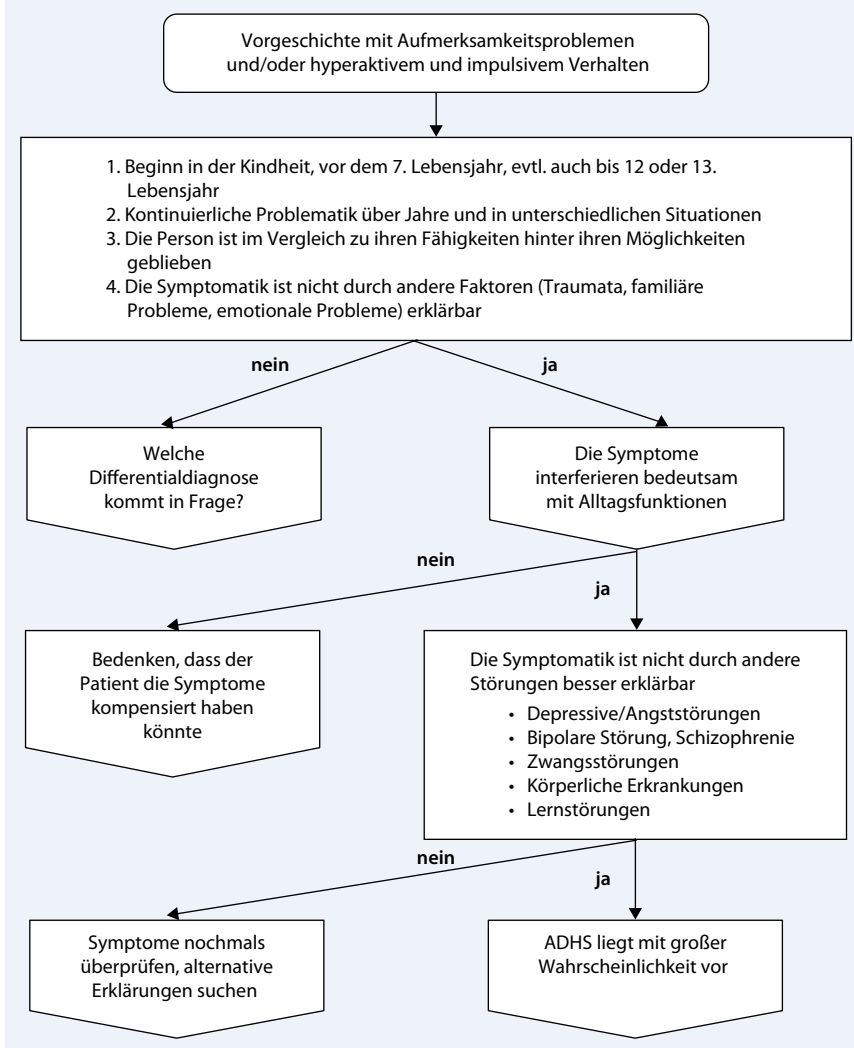


Abb. 1 ▲ Schematische Darstellung des diagnostischen Prozesses bei adulter ADHS

Diese Phänomene kennzeichnen die ADHS in allen Lebensaltern. Im Umgang mit den DSM-IV-Kriterien müssen einige Besonderheiten und Limitierungen beachtet werden. Bei den DSM-IV-Kriterien handelt es sich ausschließlich um leicht zu beobachtende Verhaltensweisen. Psychopathologische Phänomene, wie sie in der Erwachsenenpsychiatrie selbstverständlich sind, die sich auf das Erleben der Patienten beziehen und die nur unter Berücksichtigung der Schilderungen der Patienten herausgearbeitet werden können, sind nicht verfügbar. Die Kriterien sind für Personen bis zum 17. Lebensjahr entwickelt und erprobt worden. Beurteiler sind in diesem Alter vielfach Eltern, Lehrer oder andere Personen aus dem unmittelbaren Lebensumfeld der Patienten. Eine systematische Evaluation der Kriterien bei Erwachsenen hat es bisher nicht gegeben.

Es kommt hinzu, dass sie in der Mehrzahl unspezifisch sind und Überschneidungen zu anderen psychischen Störungen (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Manie) erkennen lassen.

ADHS kann als ein dimensionales Syndrom angesehen werden. Dichotome Zuordnungen im Sinne eines Alles-oder-Nichts-Prinzips sind nicht möglich. Die Kernsymptome der Störung betreffen allgemeine Merkmale der menschlichen Natur wie z. B. Unaufmerksamkeit oder Impulsivität, wie sie besonders in Zeiten verstärkter psychischer oder körperlicher Belastung auftreten können. Wegen diesen Besonderheiten kommt der Einschätzung des Ausprägungsgrades der Störungen eine besondere Bedeutung zu.

Ein wichtiges Problem kann sich aus dem Umstand ergeben, dass die Symptomatik in einer strukturierten Untersu-

chungssituation oft nur schwer oder überhaupt nicht zu beobachten ist. Die Symptomatik wird in der Untersuchungssituation mehr berichtet als wahrgenommen. Direkt beobachtbar beim Erwachsenen sind motorische Unruhe oder mangelnde Konzentration. Andere Verhaltenssymptome können sich der direkten Untersuchung entziehen. Bei der Einschätzung dieser Phänomene ist der Diagnostiker daher auf Aussagen Dritter und Angaben des Patienten selbst angewiesen.

Die Beurteilung der DSM-IV-/ICD-10-Kriterien ist ein zentraler Punkt der ADHS-Diagnostik.

Es sind verschiedene methodische Wege ersichtlich, um die Beurteilung durchzuführen. In der klassischen Vorgehensweise beurteilt der Untersucher nach einer freien Exploration unter Fokussierung auf die DSM-IV-Konzeption, ob die 18 Diagnosekriterien vorhanden oder nicht vorhanden sind. Es besteht auch die Möglichkeit, diesen Vorgang unter Einsatz einer ADHS-Ratingskala abzusichern. Derartige Skalen benennen nicht nur die 18 Merkmale mit ihren Definitionen, sie verfügen in der Regel auch über ein Graduierungssystem, das eine Gewichtung jedes Symptoms erlaubt. Die daraus hervorgehenden Zahlenwerte können in Syndrom- und Gesamtwerte umgerechnet werden und bieten damit einen Ansatz, die Ausprägung der Psychopathologie näher zu bestimmen, und ermöglichen es, Behandlungs- und Verlaufsbeobachtungen abzubilden. Eine Zusammenstellung deutschsprachiger Skalen ergibt sich aus **Tab. 2**. Alle erwähnten Skalen konvergieren im Kern durch die Beurteilung und Quantifizierung der 18 DSM-IV-Diagnosezeichen. Lediglich die Conners-Skalen fügen gemäß einer eigenen ADHS-Konzeption noch weitere Symptome hinzu.

Ein weiterer Weg, die diagnostischen Merkmale der ADHS herauszuarbeiten, ist die Selbstbeurteilung durch den Betroffenen anhand speziell entwickelter Selbstbeurteilungsinstrumente. Methodenstudien belegen, dass sich Selbst- und Fremdbeurteilung nicht gegenseitig ersetzen, sondern ihnen vielmehr eine komplementäre Funktion zukommt [1]. Selbst- und Fremdbeurteilungen er-

P. Retz-Junginger · E. Sobanski · B. Alm · W. Retz · M. Rösler
**Alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten der
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung**

Zusammenfassung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine Erkrankung, die sich im Kindesalter manifestiert und sich nur bei einem Teil der Betroffenen bis zum Erwachsenenalter zurückbildet. Bei etwa 60% der Betroffenen persistiert die ADHS im Erwachsenenalter vollständig oder als Teilsyndrom. Im Erwachsenenalter treten zur ADHS-Kernsymptomatik noch weitere psychopathologische Phänomene im Sinne von desorganisiertem Verhalten und affektiver Dysregulation hinzu. Daneben sind zusätzliche psychiatrische Erkrankungen häufig zu beobachten. Hieraus entstehen oftmals beträchtliche Auswirkungen auf die Alltagsfunktionen und die Lebensqualität der Betroffenen. Die entwicklungspsychopathologischen und Verlaufsaspekte der Erkrankung müssen bei der Dia-

gnostik und Therapie im Erwachsenenalter berücksichtigt werden. Darüber hinaus sind hinsichtlich der verschiedenen klinischen Subtypen der ADHS Besonderheiten in Bezug auf die Psychopathologie, Komorbidität und die funktionellen Auswirkungen der Erkrankung in den verschiedenen Lebensabschnitten zu bedenken. Gleiches gilt für Unterschiede bei beiden Geschlechtern, die vor allem im Erwachsenenalter bislang jedoch noch wenig untersucht sind.

Schlüsselwörter

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung · Erwachsene · Psychopathologie · Diagnostik · Komorbidität · Subtypen · Geschlecht

lauben aus unterschiedlichen Perspektiven, spezifische Aspekte der jeweils interessierenden Störung abzubilden. Auch wenn der Selbstbeurteilung eine zentrale Funktion zukommt, werden ihr Stellenwert und ihre Aussagekraft in der Literatur gegenwärtig noch kontrovers diskutiert. Auf einige interessante methodische Aspekte sei an dieser Stelle kurz hingewiesen: Murphy u. Schachar [17] verglichen in zwei Methodenstudien jeweils Selbst- und Fremdbeurteilung. Sie fanden insgesamt hohe Korrelationen (Bereich 0,54–0,85) und schlossen daraus, dass Patienten vergangene wie aktuelle ADHS-Symptomatik relativ zuverlässig bewerten können. Ähnliche Resultate fanden Rösler et al. bei Erwachsenen für eine ADHS-Selbstrating-skala, die mit einem ADHS-Expertenrating (ADHS-DC) verglichen wurde [22, 24]. Beide Skalen beinhalteten die 18 Diagnosekriterien von DSM-IV.

► Selbstbeurteilungsverfahren haben sich seit vielen Jahren bewährt

Nach den vorliegenden Erfahrungen bietet die Methode der Selbstbeurteilung bei Erwachsenen eine ökonomische Möglichkeit, eine ausreichend zuverlässige Information über die wichtigsten ADHS-Phänomene zu erhalten. Die Selbstbeurteilungsverfahren haben sich in den ADHS-Sprechstunden seit vielen Jahren bewährt (■ Tab. 2).

Spezielle psychopathologische Merkmale der ADHS bei Erwachsenen

Der Gebrauch der DSM-IV-/ICD-10-Merkmale bei der ADHS-Diagnostik im Erwachsenenalter stößt auf verschiedene Limitierungen, die sich vor allem auf die nicht immer vollständige Übertragbarkeit auf die Erfordernisse des Erwachsenenalters beziehen. Wie bei allen Erkrankungen mit einer biographischen Dimension muss damit gerechnet werden, dass in verschiedenen Lebensabschnitten der psychopathologische Ausdruck einer Veränderung unterliegen kann. In diesem Zusammenhang ist auf Untersuchungen aufmerksam zu machen, die darauf hindeuten, dass besonders die motorische Überakti-

Age and gender aspects of attention-deficit hyperactivity disorder

Summary

Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a syndrome with onset in childhood which persists at least partially in about 60% of afflicted individuals. Core symptoms include inattention, hyperactivity, and impulsivity. Additional psychopathology with disorganized behavior and emotional dysregulation is common in adulthood. The vast majority of adults affected also present psychiatric comorbidities. There is severe impairment of everyday life and quality of life. Developmental psychopathologic changes, age-relat-

ed comorbidity, and functional and psychosocial problems associated with ADHD must be taken into account during the diagnostic process. Regarding clinical subtypes of ADHD according to DSM-IV and particularly gender differences, knowledge about these factors in adults with ADHD is limited.

Keywords

Attention-deficit hyperactivity disorder · Adults · Psychopathology · Diagnosis · Comorbidity · Subtypes · Gender

Tab. 1 Zusammenstellung notwendiger Aspekte im Prozess der ADHS-Diagnose bei Erwachsenen

Kriterium	Untersuchungsthema
Muss vor dem 7. Lebensjahr begonnen haben	Psychopathologie im Einschulungsalter
Diagnostische Kriterien DSM-IV/ICD-10	9 Merkmale Unaufmerksamkeit und 9 Merkmale Hyperaktivität/Impulsivität
Spezielle Psychopathologie des Erwachsenenalters	z. B. Utah-Kriterien, spezielle ADHS-Ratingskalen
Technische und Laboruntersuchungen	Neuropsychologie, Bildgebung, Neurophysiologie, Neurochemie, Genetik
Ausschlussleiden, Differenzialdiagnose	Komorbide Störungen, weitere Achse-I- oder -II-Störungen
Funktionelle Einschränkungen im Lebensalltag	Schule, Beruf, Freizeit, Familie, Partnerschaften, Freunde etc.
Subjektives Leiden	Lebensqualität

vität im Gegensatz zu den Aufmerksamkeitsstörungen mit zunehmendem Alter abnimmt. Im Hinblick auf derartige Beobachtungen muss der Überlegung nachgegangen werden, ob eine Abnahme von Hyperaktivitätssymptomen nach DSM-IV bei Erwachsenen tatsächlich eine Reduktion von Hyperaktivität indiziert.

— **Die exzessiven Bewegungssymptome der Kinder findet man bei Erwachsenen tatsächlich nicht mehr.**

Jedoch berichten viele Erwachsene, dass ein erhebliches Bewegungsbedürfnis fortbesteht, mit der Folge, dass Aktivitäten, die zum längeren Stillsitzen zwingen – z. B. Kino-, Konzert-, Theater- oder Opernbesuche – gemieden werden. Es ist daher denkbar, dass mit dem Merkmalsbestand von DSM-IV eine passende Abbildung von Hyperaktivität bei Erwachsenen nicht mehr gelingt. Derartige Überlegungen sprechen dafür, neben den DSM-IV-Kriterien auch speziell für den Gebrauch bei Erwachsenen laborierte psychopathologische Merkmale zu nutzen. Es ist die Frage zu diskutieren, ob mit den 3 Symptomen Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität tatsächlich das gesamte Symptomenspektrum der ADHS erschöpft ist. Die psychopathologischen Konzeptionen, die den ADHS-Skalen von Conners [10] oder Brown [7] zugrunde liegen, stellen auf weitere kognitive und affektive Merkmale ab. Zu beachten ist ferner das Modell einer Beeinträchtigung exekutiver Funktionen bei ADHS, bei dessen Berücksichtigung sich neue bisher nicht beachtete Phänomene aufdrängen [3].

Allgemeine Zustimmung gefunden haben die von Paul Wender entwickelten Utah-Kriterien [29], die Ergebnis seiner langjährigen Forschung zum Thema adulte ADHS sind. Neben den klassischen Symptomen Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität sind 4 zusätzliche psychopathologische Aspekte als überdauernde charakterliche Disposition berücksichtigt:

- Desorganisation,
- Stressintoleranz,
- emotionale Labilität und
- „hot temper“.

Der Umgang mit dem Utah-Konzept wird durch das vorliegende diagnostische Interview hierzu vereinfacht. Mit der Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Symptom Scale (WRAADDS) [29] und ihrer deutschen Version, dem Wender-Reimherr Interview (WRI) [23, 24], können insgesamt 28 typische Symptome des Erwachsenenalters beurteilt werden. Alle Symptome sind als psychopathologische Phänomene definiert, die ganz überwiegend dem Selbsterleben der Patienten entnommen sind und sich damit grundlegend von den reinen Verhaltenssymptomen von DSM-IV/ICD-10 unterscheiden.

Das WRI ist als semistrukturiertes Verfahren vergleichsweise zeitökonomisch und flexibel einsetzbar. Bei gleichzeitiger Anwendung der diagnostischen Konzeptionen von DSM-IV und ICD-10 sowie den Utah-Kriterien war zu registrieren, dass sich insbesondere affektive Symptome wie kurze Verstimmungen, Stimmungsschwankungen, Gereizt-

heit und maniforme Phänomene in 90–93% der Patienten mit ADHS nachweisen lassen. Damit liegen die Prävalenzen dieser Symptome in einer Linie mit den klassischen Zeichen der Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität [23]. Das WRI gibt seinem Nutzer die Möglichkeit, neben dem Gesamtscore 7 verschiedene Syndromwerte zu berechnen. Daneben sieht das Verfahren eine von DSM-IV und ICD-10 unabhängige ADHS-Diagnose vor. Nach den Utah-Kriterien ist die Diagnose einer adulten ADHS zu stellen, wenn Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität als obligatorische Kriterien vorhanden sind und von den verbleibenden Syndromen, Desorganisation, Impulsivität, „hot temper“, Stressüberempfindlichkeit und emotionale Labilität, mindestens 2 angetroffen werden können.

Technische Untersuchungen im Rahmen der Diagnostik

Entsprechend der oben angeführten Regel, dass es bisher keine Testverfahren für ADHS gibt, können technische Untersuchungen nur einen auxiliären Charakter beanspruchen und helfen vor allem beim Ausschluss organischer Erkrankungen. Man findet in neurophysiologischen, bildgebenden und genetischen Studien zwar eine Reihe interessanter Gruppenunterschiede, wenn ADHS-Betroffene mit anderen Populationen verglichen werden, indessen sind diese Untersuchungsmöglichkeiten noch nicht so weit entwickelt, dass sie im Einzelfall einen diagnostischen Beitrag leisten könnten.

Die psychologische Testung kann bedeutsamer Teil in der klinischen Erfassung sein, jedoch sollte man bei der Interpretation Vorsicht walten lassen. Bisherige Studien machen deutlich, dass kein einzelner Test oder keine Testbatterie eine prädiktive Validität oder Spezifität bezüglich der reliablen Erfassung einer ADHS hat zeigen können. Psychologische Testungen alleine können nie die Basis für eine ADHS-Diagnose darstellen, liefern jedoch Hinweise auf den Grad von Beeinträchtigungen wie Daueraufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis oder Exekutivfunktionen. Hier können die gängigen Verfahren der neuropsychologischen Diagnostik Anwendung finden.

Tab. 2 Deutschsprachige Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren zum Nachweis der diagnostischen Kriterien der ADHS nach DSM-IV/ICD-10

Ratingskala Autoren	Merkmale und Symptome Faktorenstruktur	Normwerte Psychometrie	Anwendung Cut-off-Werte
<i>Fremdbeurteilungsverfahren</i>			
ADHS-DC Rösler et al. [24]	18 DSM-IV-Merkmale 0- bis 3-Skalierung DSM-IV-Syndrome	Interraterreliabilität, konvergente Validität, Faktorenstruktur, Spezifität, Sensitivität	8 min DSM-IV-Regeln
CAARS-OR Conners et al. [10]	3 Versionen mit 66, 30 oder 26 Merkmalen 0- bis 3-Skalierung DSM-IV-Syndrome, emotionale Labilität, Probleme mit dem Selbstbild	Alters- und geschlechtsspezifische Normen, Syndromprofile, verschiedene Reliabilitäts- und Validitätsaspekte	10–20 min Verschiedene Interpretations- ebenen ADHD-Index Keine validierte deutsche Übersetzung verfügbar
<i>Selbstbeurteilungsverfahren</i>			
Adult Self Report Scale ASRS, Screener Kessler et al. [15]	6 DSM-IV-Merkmale, 4-mal Unaufmerk- samkeit, 2-mal Hyperaktivität/Impulsivität 0- bis 4-Skalierung	Innere Konsistenz, konvergente Validität, Interraterreliabilität	5 min Cut-off: 4 Items positiv WHO-Instrument
Adult Self Report Scale, ASRS Adler et al. [1]	18 DSM-IV-Merkmale 0- bis 4-Skalierung DSM-IV-Syndrome	Innere Konsistenz, Interraterreliabilität	9 min DSM-IV-Regeln WHO-Instrument
ADHS-SB Rösler et al. [24]	18 DSM-IV-Merkmale 0- bis 3-Skalierung DSM-IV-Syndrome	Interraterreliabilität, konvergente Validität, Faktorenstruktur, Spezifität, Sensitivität	9 min DSM-IV-Regeln

Komorbide Leiden, Differenzialdiagnose und Ausschlusskrankheiten

Bei Erwachsenen ergibt sich das Problem, dass das Spektrum komorbider Störungen im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen mit ADHS noch breiter ist. Als Differenzialdiagnosen müssen beispielsweise körperliche Erkrankungen berücksichtigt werden, die ADHS-ähnliche Symptome hervorrufen können wie z. B. Hypo- oder Hyperthyreose, Diabetes oder bestimmte Herzerkrankungen. Psychiatrische Differenzialdiagnosen sind z. B. Autismus, Schizophrenie, Manie, depressive Episoden oder Angststörungen.

Mit zunehmendem Alter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, unter Stress oder traumatischen Erlebnissen zu leiden. Hierzu zählen z. B. Scheidung, Trauer, finanzielle Probleme usw. Infolge derartiger Belastungen kann eine Reihe von Symptomen auftreten (z. B. Konzentrationsstörungen), die eine ADHS imitieren kann. Daneben können beim Vorliegen einer ADHS auch zusätzliche Störungen sekundär entstehen. Zu bedenken ist ferner, dass viele andere psychiatrische Störungen typischerweise in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter beginnen. Zu nennen sind etwa Persönlichkeitsstörungen, aber auch andere psychische Stö-

rungen wie Zwangsstörungen oder Schizophrenie. Diese können kombiniert vorhanden sein, müssen jedoch auch als Differenzialdiagnose bedacht werden.

■ Als entscheidender Gesichtspunkt bei der Diagnosestellung ist zu berücksichtigen, dass die ADHS zeitlich stets vor den anderen Erkrankungen auftritt.

Beginnt die ADHS-verdächtige Symptomatik erst nach einer anderen Störung, ist so gut wie nie eine ADHS-assoziierte Komorbidität gegeben.

Von komorbiden Leiden im eigentlichen Sinn spricht man dann, wenn die Kombination ADHS mit einer weiteren anerkannten Störung überzufällig häufig zu beobachten ist. Idealerweise sollten auch gemeinsame ätiologische oder pathogenetische Komponenten vorliegen. Die wichtigsten komorbiden Leiden bei ADHS im Erwachsenenalter ergeben sich aus **Tab. 3**. Es handelt sich um Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch, Angststörungen, depressive Störungen, Essstörungen und Restless-legs-Syndrom.

Auch für die Erfassung der komorbiden Störungen gibt es die Möglichkeit, standardisierte Erhebungsinstrumente zu

nutzen. Dazu gehören das strukturierte klinische Interview für DSM-IV (SKID-I und -II), das diagnostische Expertensystem (DIA-X) oder das Diagnostische Interview bei Psychischen Störungen (DIPS).

Alltagsfunktionalität und Lebensqualität bei ADHS

Verlaufsuntersuchungen von Kindern mit ADHS in das Jugendlichen- und Erwachsenenalter hinein zeigen, dass mit der ADHS eine Reihe von Einschränkungen im Lebensalltag einhergehen kann [4]. Die dysfunktionalen Aspekte der ADHS sind einerseits ein wichtiges Kriterium, ohne das die ADHS-Diagnose nicht gestellt werden darf. Andererseits stellen Aspekte der Alltagsfunktionalität und Lebensqualität eine entscheidende Zielgröße für die therapeutischen Planungen dar. Daher muss ihnen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Bei Patienten mit ADHS und Störungen des Sozialverhaltens liegt ein hohes Risiko vor, dass zu den sozialen Adaptationsschwierigkeiten noch Probleme mit der Legalbewährung hinzutreten. Daten aus Verlaufsuntersuchungen lassen vermuten, dass bei bis zu 25% der Betroffenen im Erwachsenenalter eine dissozi-

Tab. 3 Die wichtigsten komorbiden Störungen bei Erwachsenen mit ADHS

Komorbide Störung	Auftreten
Persönlichkeitsstörungen (PS):	
Antisoziale PS	Bis ca. 35% (Einzeldiagnose), Mehrfachdiagnosen sind häufig
Emotional instabile PS	
Selbstunsichere PS	
Zwanghafte PS	
Alkohol- und Drogensucht (SUD)	Bis 60%
Depressive Störungen	Bis 40%
Bipolare Störungen	Unsicherheit bei bipolaren Störungen wegen methodischer Probleme und Überlappung der Diagnosekriterien
Angststörungen	Ca. 20%
Restless-legs-Syndrom	?, Schätzung ca. 5%
Essstörungen (Frauen)	Ca. 4%
Verschiedene somatische, internistische Leiden	Bis 50% (Muskulatur/Skelett) Bis 40% (gastrointestinale Störungen) Ca. 30% (metabolische Störungen, Respiration)

ale Persönlichkeitsstörung zur Entwicklung gelangt. In verschiedenen Gefängnispopulationen sind hohe Prävalenzen (bis 72%) für ADHS festgestellt worden. In einer Untersuchung in einer deutschen Jugendstrafanstalt wurde von Rösler et al. bei 45% der inhaftierten Jugendlichen und jungen Männern eine persistierende ADHS nach DSM-IV gefunden [22].

Im Erwachsenenalter kann es schwierig sein, die mit der Störung assoziierten Beeinträchtigungen zu erfassen. Vor allem im Arbeitsbereich gibt es Variationen im Hinblick auf Anforderungen an Aufmerksamkeit, Planungsvermögen, Strukturierung usw. Patienten finden oft eine „ökologische“ Nische, in der die Symptomatik nicht oder nur bedingt zum Tragen kommt. Eine vergleichsweise einfache Möglichkeit, alltagsrelevante funktionelle Defizite zu dokumentieren, bietet die Sheehan Disability Scale (SDS) [27]. Dieses Selbstbeurteilungsverfahren erfasst die 3 Lebensbereiche Arbeits-, Sozial- und Familienleben. Die Graduierung wird auf einer von 0–10 reichenden Skala vorgenommen. Deutlich umfangreicher und als Fremdrating angelegt ist die Skala zur Erfassung des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus (SOFAS) [26].

Bei den Beeinträchtigungen der Lebensqualität handelt sich um ein innerhalb der ADHS-Forschung noch relativ junges Arbeitsgebiet, in dem noch keine abschließenden Standards ersichtlich sind, welche Gehalte obligatorisch zum Konzept der Lebensqualität und seiner Beeinträchtigung im Rahmen der ADHS

beitragen können. Im Wesentlichen geht es um die Erfassung der Zufriedenheit einer Person mit verschiedenen Lebensumständen. Relativ weit verbreitet zur Erfassung von Aspekten der Lebensqualität ist der SF-36 [9].

Besonderheiten der Subtypen der ADHS

Gemäß den aktuellen Klassifikationssystemen psychiatrischer Störungen DSM-IV-TR [2] und ICD-10 [11] kann die ADHS in Erkrankungssubtypen unterteilt werden. DSM-IV erlaubt die Einteilung in die Erkrankungssubtypen:

- ADHS, kombinierter Typ [DSM-IV: 314.01],
- vorwiegend unaufmerksamer Typ [DSM-IV: 314.00] und
- hyperaktiv-impulsiver Typ [DSM-IV: 314.01].

Weiterhin bietet es die Möglichkeit, bei Patienten, bei denen nicht mehr die volle Symptomausprägung oberhalb der geforderten diagnostischen Cut-off-Werte, aber eine klinisch relevante Restsymptomatik besteht, eine ADHS mit partieller Remission zu diagnostizieren [DSM-IV: 314.9]. Auch die ICD-10 bietet die Möglichkeit einer Subtypeneinteilung, wobei ADHS vom unaufmerksamen Typ nur als Restkategorie ohne operationalisierte Störungskriterien vorliegt. Im Gegensatz zur DSM-IV besteht die Diagnosemöglichkeit ADHS und Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F 90.1), wobei diese Diagno-

se in erster Linie für das Kindesalter relevant ist, da im Erwachsenenalter die Diagnose einer ADHS und dissozialen Persönlichkeitsstörung gestellt werden kann (ICD-10 F: 60.2).

Langzeituntersuchungen zeigen, dass hyperaktiv-impulsives Verhalten bereits im Vorschulalter nachweisbar sein kann, während Symptome einer Aufmerksamkeitsstörung frühestens im Grundschulalter sicher diagnostizierbar sind, sowie dass es während der Adoleszenz häufig zu einem Rückgang der hyperaktiv-impulsiven Symptomatik kommt [8]. Dies bedeutet, dass es entsprechend gegenwärtigen Klassifikationssystemen zu einem entwicklungsbedingten Diagnosewechsel vom hyperaktiv-impulsiven Subtyp im Vorschulalter zum kombinierten Subtyp im Kindesalter und zum unaufmerksamen Subtyp im Jugend- bzw. frühen Erwachsenenalter kommen kann.

Ein in den gegenwärtig verfügbaren Klassifikationssystemen bisher nicht gelöstes diagnostisches Problem besteht somit darin, dass die ADHS vom vorwiegend unaufmerksamen Subtyp im Erwachsenenalter im Gegensatz zum Kindesalter auch Patienten umfasst, bei denen im Entwicklungsverlauf Hyperaktivität vorlag.

Untersuchungen, die sich mit Subtypenunterschieden bei der ADHS des Erwachsenenalters in Bezug auf psychiatrische Komorbidität und psychosoziale Funktionsstörungen befassen, weisen konsistent eine erhöhte Prävalenz komorbider Suchterkrankungen beim kombinierten Subtyp und eine ähnliche Prävalenz komorbider affektiver und Angsterkrankungen beim unaufmerksamen und kombinierten Subtyp auf [16, 28]. Die Datenlage zu psychosozialen Folgen der Erkrankung ist weniger eindeutig, weist aber bei beiden Subtypen auf ähnliche Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen mit einer erhöhten Scheidungsrate, schlechteren Schulabschlüssen, weniger Ausbildungsabschlüssen und höheren Arbeitslosenquoten im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen hin.

In einer Untersuchung verglichen Sobanski et al. [28] 116 erwachsene Patienten mit ADHS vom kombinierten und unaufmerksamen Typ sowie aktuell unaufmerksamen, anamnestisch kombinierten

Typ miteinander und mit einer alters- und geschlechtsparallelisierten bevölkerungsbasierten Kontrollgruppe. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um einer entwicklungsbedingten Veränderung der Symptomatik Rechnung zu tragen. Hierbei fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den ADHS-Subtypen bezüglich der Kernsymptomatik und beim Muster komorbider psychiatrischer Erkrankungen. So wiesen Patienten vom primär unaufmerksamen Typ höchstens minimale Symptome von Hyperaktivität und Impulsivität auf, während Patienten vom aktuell unaufmerksamen, anamnestisch kombinierten Typ hyperaktiv-impulsive Symptomatik im mittelgradigen Bereich und Patienten vom kombinierten Subtyp schwer ausgeprägte hyperaktiv-impulsive Symptomatik zeigten. Patienten vom kombinierten Typ sowie vom unaufmerksamen anamnestisch kombinierten Typ litten signifikant häufiger als Patienten vom unaufmerksamen Typ unter der Lebenszeitdiagnose einer komorbiden Suchterkrankung. Dies wirft aufgrund der deutlichen Überschneidungen in Kernsymptomatik und komorbiden psychiatrischen Erkrankungen beim kombinierten und unaufmerksamen, anamnestisch kombinierten Subtyp der ADHS die Frage auf, ob das gegenwärtige Klassifikationssystem korrekt die Subtypen der ADHS des Erwachsenenalters abbildet.

Dieses Problem der diagnostischen Einordnung betraf in unserer Untersuchung 20,3% der Patienten, die einen Wandel vom kombinierten Typ im Kindesalter zum unaufmerksamen Typ im Erwachsenenalter durchlaufen hatten. Dies entspricht den bisher einzig darüber veröffentlichten Zahlen von Millstein et al. [16], der ebenfalls beschrieb, dass 19% seiner aktuell als vorwiegend unaufmerksamer Subtyp diagnostizierten erwachsenen Patienten im Kindesalter dem kombinierten Typ zugeordnet wurden.

Geschlechtsspezifische Besonderheiten der ADHS in den verschiedenen Lebensabschnitten

Die ADHS ist die am besten untersuchte kinder- und jugendpsychiatrische Krankheit, allerdings basiert die Mehrzahl der Studien auf Daten männlicher Patienten

bzw. Jungen. Die Diagnose ADHS wird häufiger bei Jungen als bei Mädchen gestellt. Dies hängt unter anderem mit der zahlenmäßigen Dominanz der männlichen Patienten in Inanspruchnahmepopulationen zusammen, aber auch mit der Tatsache, dass die diagnostischen Kriterien, an denen sich die Diagnose orientiert, in überwiegend männlichen Kohorten evaluiert wurden. Das Geschlechterverhältnis von Mädchen zu Jungen wird unter Anwendung der DSM-IV-Kriterien in Inanspruchnahmepopulationen mit 1:6 bis 1:9 angegeben. In Feldstudien zur Prävalenz der ADHS bei Kindern und Jugendlichen wurde eine etwas ausgeglichene Geschlechterverteilung von 1:3 bis 1:4 für Mädchen im Vergleich zu Jungen registriert [12]. In einer aktuellen Metaanalyse epidemiologischer Studien ergaben sich höhere Prävalenzraten für Mädchen und in der Folge eine Annäherung des Geschlechterverhältnisses von 1:2,45 [19]. Über die verschiedenen Subtypen der ADHS variieren dabei die Geschlechterverteilungen von 1:5 für den kombinierten Typ, 1:3 für den aufmerksamkeitsgestörten Typ und 1:7 für den hyperaktiv/impulsiven Typ [12].

■ **Hieraus ergibt sich, dass die Jungenlastigkeit in epidemiologischen Studien vor allem auf das Konto hyperaktiv-impulsiver Verhaltensauffälligkeiten geht, die bei Mädchen seltener angetroffen werden.**

Die bislang verfügbaren Untersuchungen zur Prävalenz der ADHS im Erwachsenenalter sprechen für eine weitgehende Angleichung des Geschlechterverhältnisses in diesem Lebensabschnitt. Nach den Ergebnissen des National Comorbidity Surveys liegt die Geschlechterverteilung von Frauen zu Männern mit ADHS in den USA bei 1:1,6 [14]. Da die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter voraussetzt, dass die Symptomatik bereits im Kindesalter vorhanden war, kann die Annäherung der Prävalenzen in beiden Geschlechtern nicht durch eine Zunahme an Diagnosen bei Frauen erklärt werden, sondern ist auf eine überproportionale Abnahme der Diagnose bei ADHS-Betroffenen männlichen Geschlechts zu-

rückzuführen. Ursächlich kommen hierfür die gegenüber Mädchen höhere Prävalenz des hyperaktiv-impulsiven ADHS-Subtyps und der mit dem Lebensalter im Vergleich zu Aufmerksamkeitsproblemen deutlichere Rückgang dieses Symptombereiches in Frage.

Zur Symptomausgestaltung der ADHS bei Mädchen und dem Krankheitsverlauf sowie zu Geschlechtsunterschieden bei diesem Störungsbild einschließlich komorbider Störungen gibt es vergleichsweise wenige Untersuchungen. Aus den wenigen vorliegenden Studien zu Geschlechtsunterschieden bei ADHS ergibt sich kein konsistentes Bild. Es ist in diesem Zusammenhang auch darauf hinzuweisen, dass die Probandenselektion Einfluss auf die Ergebnisse hat. In einer klinischen Inanspruchnahmepopulation weisen Mädchen und Jungen mit ADHS vergleichbare Beeinträchtigungen bei Aufmerksamkeitsstörungen, internalisierenden Störungen und Aggressionen gegenüber Gleichaltrigen auf. Nach Ergebnissen der ADORE-Gruppe (ADORE: Attention-deficit/hyperactivity Disorder Observational Research in Europe) werden zwar weniger Mädchen einer Behandlung zugewiesen, sie weisen jedoch eine vergleichbare Symptomatik wie die Jungen mit ADHS auf und sie werden auch ähnlich behandelt [18].

➤ **Geschlechtsspezifische ADHS-Besonderheiten scheinen im Erwachsenenalter nicht vorzuliegen**

Trotz des gestiegenen Interesses für die Diagnose ADHS im Erwachsenenalter wurden geschlechtsspezifische Besonderheiten in dieser Altersgruppe bislang wenig untersucht [5, 13, 20, 25]. Die aktuellen Untersuchungen von Grevet et al. [13] und Rucklidge et al. [25] konnten keine Geschlechtsunterschiede bei der Ausprägung aktueller ADHS-Symptome registrieren. Biederman et al. [5] bemerkten, dass das psychopathologische Muster einschließlich der Beeinträchtigungen im Bereich der Kognition und der psychosozialen Anpassung bei Frauen mit ADHS denen männlicher Patienten entspricht und auch denen, die bei Kindern beiderlei Geschlechts zu registrieren sind. Die Autoren

werteten dies auch als Beleg für die Validität der Diagnose bei Erwachsenen.

Darüber hinaus legten Biederman et al. in ihren Untersuchungen dar, dass bei einer klinischen Population keine Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Komorbidität mit Substanzmissbrauch, Angststörungen und Depression zu verzeichnen sind [5]. Diese Ergebnisse konnten von anderen Untersuchungsgruppen nicht bestätigt werden [13, 21]. Grevet et al. [13] hatten ebenfalls in einer Inanspruchnahmepopulation bei Männern mit AHDS signifikant häufiger Suchterkrankungen registriert und Robinson et al. [21] sahen bei Frauen mit ADHS eine stärker ausgeprägte Angstsymptomatik wie auch signifikant höhere Werte auf der Hamilton Depression Rating Scale.

Vor dem Hintergrund der dargestellten Geschlechtsunterschiede wurde verschiedentlich die Frage formuliert, ob für männliche und weibliche Patienten die gleichen diagnostischen Instrumente und diagnostischen Kriterien angewendet werden können. Unter Berücksichtigung dieser Fragestellung wurde im Rahmen der Validierung der deutschen Kurzversion der Wender Utah Rating Scale getrennt für die Geschlechter der Cut-off-Wert bestimmt [20]. Der Cut-off-Wert bei Frauen erwies sich als identisch mit dem der Männer, so dass sich in diesem Untersuchungsinstrument bezogen auf den Cut-off-Wert keine Geschlechtsunterschiede abbildeten.

Als relativ konsistenter Befund ergibt sich in unterschiedlichen Studien, dass bei männlichen ADHS-Patienten vermehrt externalisierende Verhaltensweisen zu registrieren sind. Dieses Ergebnis erweist sich als unabhängig vom methodischen Zugang (retrospektive Selbstbeschreibung, Verhaltensbeobachtung, Fremdbeurteilungen). Es muss dabei allerdings auch in Betracht gezogen werden, dass sich hier nicht störungsspezifische, sondern vielmehr allgemeine Geschlechtsunterschiede abbilden und die abschließende Beurteilung daher den Vergleich von ADHS-Patienten mit Gesunden oder/und anderen psychiatrischen Patientengruppen erfordert. Festzuhalten ist weiterhin, dass in Studien, in denen aktuelle ADHS-Symptome mit Selbstbeschreibungen erfasst wurden, keine signifi-

kanten Geschlechtsunterschiede zu registrieren waren [6]. Interessanterweise fanden Robinson et al. [21] bei Frauen mit ADHS eine stärkere Ausprägung emotionaler Dysregulation als bei Männern. Hierbei handelt es sich um einen Symptombereich, der von den DSM-IV-Kriterien abweicht und den speziell für die ADHS im Erwachsenenalter entwickelten Utah-Kriterien zuzuordnen ist [23]. Bei der Interpretation der vorliegenden Studienergebnisse muss berücksichtigt werden, dass die Probandenselektion (Inanspruchnahmepopulation vs. epidemiologische Studie/Feldstudie) wie auch der gewählte methodische Zugang (Verhaltensbeobachtung vs. retrospektive oder aktuelle Selbstbeschreibung) die Resultate beeinflussen und die erhobenen Befunde variieren, wenn die klinischen Subgruppen berücksichtigt werden.

Fazit für die Praxis

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine Erkrankung, die im Kindesalter beginnt und weitaus häufiger als früher angenommen bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben kann. Die biographische Dimension der Erkrankung ist unter anderem für diagnostische Überlegungen, aber auch hinsichtlich der Therapie von großer Bedeutung. Zwischenzeitlich stehen auch für den deutschsprachigen Raum evaluierte Fremd- und Selbstbeurteilungsinstrumente zur Verfügung, die für die Diagnostik hilfreich sein können. Der Gebrauch der DSM-IV-/ICD-10-Merkmale bei der ADHS-Diagnostik im Erwachsenenalter stößt auf verschiedene Limitierungen, die sich insbesondere auf die nicht immer vollständige Übertragbarkeit der diagnostischen Kriterien auf die Erfordernisse und Besonderheiten des Erwachsenenalters beziehen. Deshalb ist zu diskutieren, ob neben den DSM-IV-Kriterien auch speziell für den Gebrauch bei Erwachsenen elaborierte psychopathologische Zeichen Berücksichtigung finden müssen.

Korrespondenzadresse

Dr. P. Retz-Junginger



Neurozentrum, Universitätsklinikum des Saarlandes
66424 Homburg/Saar
petra.retz.junginger@uks.eu

Danksagung. Die Forschung der Autoren wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF-ADHD-C2070170, BMBF-ADHD-C1) unterstützt.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor weist auf folgende Beziehung/en hin: M. Rösler ist als Referent tätig für die Firmen Janssen-Cilag, Lilly Pharma Holding, Medice, Novartis und UCB. E. Sobanski ist als Referent tätig für die Firmen Janssen-Cilag, Lilly Pharma Holding sowie Medice und erhielt einen Reisekostenzuschuss von GlaxoSmithKline.

Literatur

- Adler LA, Spencer T, Faraone SA et al. (2006) Validity of pilot Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) to Rate Adult ADHD Symptoms. *Ann Clin Psychiatry* 18: 145–148
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edn. APA, Washington, DC
- Barkley RA, Murphy KR (2006) Identifying new symptoms for diagnosing ADHD in adulthood. *ADHD Report*, published online: myadhd.com/ADHD_report
- Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K (2006) Young adult outcome of hyperactive children; adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45: 92–102
- Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC et al. (2004) Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biol Psychiatry* 55: 692–700
- Biederman J, Kwon A, Aleardi M et al. (2005) Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: findings in nonreferred subjects. *Am J Psychiatry* 162: 1083–1089
- Brown TE (1996) Brown attention-deficit disorder scales for adolescents and adults. Psychological Corporation, San Antonio, TX
- Brown TE, Gammon GD (1995) Differential diagnosis of ADD vs. ADHD in adults. In: Nadeau KG (ed) *Comprehensive guide to attention deficit disorder in adults*. Brunner / Mazel, New York, pp 93–107
- Bullinger M, Kirchberger I, Steinbüchel N von (1993) Der Fragebogen Alltagsleben – Ein Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Z Gesundheitswissenschaften* 1: 21–36
- Conners CK, Ehrhard D, Sparrow D (1999) *CAARS, Adult ADHD Rating Scales (CAARS)*. Multi-Health Systems, New York
- Dilling H, Mombour W, Schmidt HM, Schulte-Markwort E (1994) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10, Kapitel V (F) Forschungskriterien*. Huber, Bern Stuttgart Toronto
- Ford T, Goodman R, Meltzer H (2003) The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42: 1203–1211

13. Grevet EG, Bau CHD, Salgado CAI et al. (2006) Lack of gender effects on subtype outcomes in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256: 311–319
14. Kessler RC, Adler LA, Barkley R et al. (2006) The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 163: 716–723
15. Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ et al. (2007) Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res* 16: 52–65
16. Millstein RB, Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ (1997) Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults. *J Atten Disord* 2: 156–159
17. Murphy P, Schachar R (2000) Use of self-ratings in the assessment of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Am J Psychiatry* 157: 1156–1159
18. Nøvik TS, Herva A, Ralston SJ et al. (2006) Influence of gender on attention-deficit/hyperactivity disorder in Europe – ADORE. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Suppl 1] 15: I/15–I/24
19. Polanczyk G, deLima MS, Horta BL et al. (2007) The world-wide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 164: 942–948
20. Retz-Junginger P, Retz W, Schneider M et al. (2007) Der Einfluss des Geschlechts auf die Selbstbeschreibung kindlicher ADHS-Symptome. *Nervenarzt* 78: 1046–1051
21. Robinson RJ, Reimherr FW, Marchant BK et al. (2008) Gender differences in 2 clinical trials of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a retrospective data analysis. *J Clin Psychiatry* (in press)
22. Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P et al. (2004) Instrumente zur Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter: Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB) und Diagnose Checkliste (ADHS-CL). *Nervenarzt* 75: 888–895
23. Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P et al. (2008) ADHS-Diagnose bei Erwachsenen – Nach DSM-IV, ICD-10 und den UTAH-Kriterien. *Nervenarzt* (im Druck)
24. Rösler M, Retz-Junginger P, Retz W, Stieglitz R-D (2008) HASE – Homburger ADHS Skalen für Erwachsene. Hogrefe, Göttingen
25. Rucklidge J, Brown D, Crawford S, Kaplan B (2007) Attributional styles and psychosocial functioning of adults with ADHD: practice issues and gender differences. *J Atten Disord* 10: 288–298
26. Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1996) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Deutsche Bearbeitung der 4. Aufl. des DSM. Hogrefe, Göttingen
27. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA (1996) The Measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol* [Suppl 3] 11: 89–95
28. Sobanski E, Brüggemann D, Alm B et al. (2008) Subtype differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) with regard to ADHD-symptoms, psychiatric comorbidity and psychosocial adjustment. *Eur Psychiatry* (in press)
29. Wender PH (1995) *Adult attention deficit hyperactivity disorder*. Univ Press, Oxford

Rainer Tölle

Wahn. Krankheit. Geschichte

Schattauer-Verlag 2007, 256 S., (ISBN 978-3794523894), 29,95 EUR

In seiner „Allgemeinen „Psychopathologie“ (1913, 1959) schreibt der Psychiater und spätere berühmte Philosoph Karl Jaspers: „Der Wahn galt durch alle Zeiten als das Grundphänomen der Verrücktheit, wahnsinnig und geisteskrank als dasselbe.

Was der Wahn sei, ist in der Tat eine Grundfrage der Psychopathologie. Sie ist nur äußerlich und zudem falsch beantwortet, wenn man Wahn eine verkehrte Vorstellung nennt, die unkorrigierbar festgehalten werde. Wir dürfen nicht hoffen, die Sache mit einer Definition schnell zu erledigen“ (Seite 78).

Dieser Einschätzung folgt auch Rainer Tölle in seiner nun vorliegenden Monografie über dieses Grundphänomen namens „Wahn“, indem er es explizit in einem erweiterten historischen, politischen und literaturwissenschaftlichen Kontext einbettet. Naturgemäß nimmt in einer psychiatrischen Studie die Klinik der Wahnphänomene den breitesten Raum ein. Der Autor, langjähriger Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Münster, gibt zunächst eine an den Wahninhalten und -themen orientierte Übersicht über die Phänomenologie des Wahns („Was erlebt der Kranke im Wahn und wie erlebt der Kranke den Wahn?“) und erläutert die Symptomatik des Wahns im Rahmen verschiedener Krankheitsbilder und Behinderungen, wobei er auch auf die altersspezifischen Ausformungen des Wahns im Kindesalter und im höheren Lebensalter eingeht. Durch Kasuistiken aus der eigenen klinischen Praxis und der klassischen psychiatrischen Literatur zum Wahn (Gaupp, Kretschmer, Binswanger u. a.) gewinnt dieser Teil eine besondere Anschaulichkeit und Erlebnisnähe. In einem nächsten Kapitel „An den Grenzen des Wahns“ werden wahnähnliche Phänomene, wie Traum, Phantasie, Nebenrealität, überwertige Vorstellungen und innere Stimmen behandelt. Da der Wahn im psychiatrischen Sinne als Syndrom, also als Krankheitsbild zu gelten hat, erörtert Tölle Fragen der Diagnostik und Differentialdiagnostik, um auf diesem nosologischen Hintergrund eine aktuelle Bestandsaufnahme des Wissens über Ätiopathogenese von Wahnerkrankungen und ihrer Behandlung zu geben, wobei immer die Behandlung der psychotischen Grunderkrankung (organische,

affektive oder schizophrene Psychose) unbedingt im Zentrum zu stehen habe. Für einen in Diagnostik und Therapie angemessenen Umgang mit Wahnerkrankungen vertritt Tölle den Ansatz einer „pluridimensionalen Psychiatrie“, wie er ihn auch in seinem bekannten Lehrbuch (Tölle und Windgassen, 14. Auflage 2006) zugrunde gelegt hat.

Nach diesem klinischen Teil seines Buches wechselt Tölle die Perspektive und untersucht das Phänomen Wahn im außerpsychiatrischen Kontext von Literatur, Philosophie, Theologie und Geschichte. In dieser hermeneutisch-interpretativen statt naturwissenschaftlich-erklärenden Perspektive erweist sich das Thema Wahn als ein überaus komplexes, schillerndes, kulturelles und historisches Phänomenfeld, das immer schon eine besondere Faszination auf Dichter, Denker, Wissenschaftler und Künstler ausübte. „Der Psychiater will in der Literatur lesend lernen. Wie lohnend das ist, weiß man seit langem“ (Seite 181). Seine Streiflichter in die Literatur von Klassik, Romantik und Moderne führen ihn auch so zu dem Fazit: Nach der Lektüre dieser Erzählungen wird wohl niemand bestreiten wollen, dass die Psychiatrie aus der Literatur manches übernehmen und lernen kann“ (Seite 195). Als für das Verstehen des Wahnerlebens sehr hilfreich erläutert Tölle die philosophisch-anthropologischen Positionen von Phänomenologie und Daseinsanalyse, die übereinstimmen „im Wahn eine Störung der mitmenschlichen Begegnung zu sehen“ (Seite 203). Auf kollektiver, gesellschaftlicher Ebene treten geschichtlich immer wieder wahnähnliche Massenphänomene in Erscheinung („Hexenwahn, Massenwahn, Völkerwahn“), die sich jedoch bei näherer Analyse als anders motivierte kollektive Phänomene erweisen, als der subjektive, private Wahn eines Einzelnen. Es ist verdienstvoll und nützlich, dass der Autor mit diesem aspektreichen, interessant zu lesenden Buch eine seit längerem fehlende Monografie zu einem zentralen Thema und Problem der Psychopathologie und Psychiatrie vorgelegt hat. Das Buch richtet sich an Fachleute therapeutischer und helfender Professionen in der Psychiatrie, aber darüber hinaus auch an alle, die in ihrem Umfeld von den schwerwiegenden Problemen des Wahns und der Wahnerkrankungen betroffen sind.

Professor Dr. Dieter Gröschke (Münster)