

# ADHS im Erwachsenenalter

Symptome, Differentialdiagnose, Therapie

Bearbeitet von  
Johanna Krause, Klaus-Henning Krause, Wolfgang Tress

4., überarb. Aufl. 2013. Buch. 460 S. Hardcover  
ISBN 978 3 7945 2782 3  
Format (B x L): 16,5 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Klinische und Innere Medizin > Neurologie, Neuropathologie, Klinische Neurowissenschaft](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung [beck-shop.de](http://beck-shop.de) ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

gen, Depression, Alkoholabusus, Drogenabusus und -abhängigkeit, Angsterkrankungen und Enuresis bei den erwachsenen Patienten mit ADHS deutlich höher lagen als bei den nicht betroffenen Kontrollpersonen und dass sie – naturgemäß mit Ausnahme von Alkohol- und Drogenabusus – den Raten von Kindern mit ADHS ähnelten. Die Resultate einer großen epidemiologischen Untersuchung in den USA zeigt Tabelle 6-3; Kessler et al. (2006) werteten in dieser Studie Befragungsdaten von 3 199 18- bis 44-Jährigen hinsichtlich DSM-IV-Störungen aus und verglichen die Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen bei 154 ADHS-Betroffenen mit der im übrigen Kollektiv. Das ADHS-Kollektiv wies dabei für Drogenabhängigkeit, depressive und bipolare Störungen, Agoraphobie und soziale Phobie, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörung, Panikstörung und Impulskontrollstörungen signifikant höhere Werte auf als die übrigen Befragten. Eine epidemiologische Studie aus Korea bestätigte die häufige Komorbidität von ADHS und anderen psychischen Störungen bei Erwachsenen (Park et al. 2011).

In Deutschland fanden Jacob et al. (2007) in einer Multicenter-Studie die höchste Lebenszeitkomorbidität für affektive Störungen (57 %), gefolgt von Substanzabusus (45 %), histrionischen Persönlichkeitsstörungen (35 %) und Angststörungen (27 %). In einer weiteren deutschen Studie bestätigten sich die hohen Komorbiditätsraten im Vergleich zu einem Kontrollkollektiv: 77 % der ADHS-Patienten hatten im Lauf des Lebens eine begleitende psychiatrische Störung, während bei den Kontrollpersonen ohne ADHS nur 46 % entsprechende Erkrankungen aufwiesen (Sobanski et al. 2007b). In dieser Untersuchung dominierten gleichfalls die affektiven Störungen; hochsignifikant war auch der Unterschied bei den Essstörungen (11 % bei ADHS im Vergleich zu 1 % bei den Kontrollpersonen).

## 6.2 ADHS und Depression

Bei in der Klinik behandelten Erwachsenen mit ADHS beschrieben Biederman et al. (1993) eine komorbide endogene Depression in 31 %, bei ambulanten in 17 % der Fälle. Auf der anderen Seite wurden bei 16–50 % ambulant behandelter Patienten mit Depression Hinweise auf eine ADHS gefunden (Alpert et al. 1996; Ratey et al. 1992). Kurze rezidivierende depressive Episoden beschrieben Heßlinger et al. (2003b) bei 70 % eines Kollektivs von 40 Erwachsenen mit ADHS, während in einer Gruppe von 40 Patienten mit rezidivierenden depressiven Episoden in 40 % der Fälle eine komorbide ADHS diagnostiziert wurde. Spencer (2004b) nimmt eine Häufigkeit von 35 % für eine mindestens einmal im Lauf des Lebens auftretende Major Depression an. Entsprechend hohe Raten fanden sich auch in den oben erwähnten neueren Untersuchungen (Jacob et al. 2007; Kessler et al. 2006; Sobanski et al. 2007b). In einer interessanten großen epidemiologischen Studie aus den USA, die etwa 30000 ADHS-Betroffene umfasste, waren aktuell 14,5 % von einer komorbiden Depression betroffen (Hodgkins et al. 2011). Gemäß einer aktuellen Studie aus Ungarn besteht eine positive Korrelation zwischen dem Schweregrad der ADHS und

dem Auftreten komorbider depressiver Episoden (Simon et al. 2013). Die Diagnose komorbider depressiver Störungen bei ADHS wird dadurch erschwert, dass es nach den Kriterien des DSM-IV zur Überlagerung von Symptomen der beiden Krankheitsbilder kommt. Von den Kernsymptomen der Depression können die meisten – vermindertes Interesse, Appetitmangel, Schlafstörungen, psychomotorische Agitiertheit oder Verlangsamung, Erschöpfungsgefühl, Selbstwertzweifel, Konzentrationsstörungen – auch bei der ADHS beobachtet werden. Entscheidend für die Differenzierung zwischen den Krankheitsbildern ist der anamnestisch zu eruierende Verlauf.

Während bei Depressionen eine Monotherapie mit Antidepressiva eine deutliche Besserung der Symptomatik bewirkt, ist dies bei der ADHS als komorbider Störung meist nicht der Fall; hier sollte eine kombinierte Behandlung mit Stimulanzien erfolgen. Nadeau (2001, persönliche Mitteilung) führt in diesem Zusammenhang die Äußerung eines bekannten Neurologen, der sich in der Diagnose ADHS bei einer jungen Frau unsicher war, als Beispiel für ein häufiges Missverständnis an. Dieser hatte sich folgendermaßen gegenüber der Patientin geäußert: »Es macht überhaupt nichts, ob Sie depressiv sind oder ADHS haben, die Behandlung ist nämlich die gleiche.« Gerade bei Frauen, die zu Anfang des vierten Lebensjahrzehnts wegen depressiver Verstimmungen Hilfe suchen und nie unter Hyperaktivität gelitten haben, wird oft irrtümlich eine beginnende Involutionsdepression diagnostiziert.

#### Fallbeispiel

Eine 45-jährige Patientin sucht therapeutische Hilfe, weil sie sich aufgrund einer depressiven Antriebsstörung außerstande sieht, ihren Haushalt geordnet zu versorgen oder mit ihrem Mann auf Reisen zu gehen. Aus der Kindheit berichtet sie, ein eher lebhaftes Mädchen gewesen zu sein, das Probleme damit hatte, Kleider und lange Haare tragen zu müssen, weil die Mutter es so wünschte. Sehr früh habe sie versucht, aus ihrer jugenhaften Rolle herauszukommen, um Konflikte wegen ihres nicht mädchen- oder damenhaften Verhaltens zu vermeiden. Sie habe begonnen, sich gegen ihre eigenen Wünsche und Interessen zu entscheiden; als späteren Ehemann habe sie einen Mann gewählt, der sehr mit seinem Studium beschäftigt war und mit dem es wegen einer emotional wenig intensiven Beziehung kaum Konflikte gab. Sie habe einen Verehrer verschmäht, zu dem sie sich sehr hingezogen fühlte, der aber wie sie selbst sehr impulsiv und jähzornig sein konnte. Nach der frühen ungeplanten Geburt ihres ersten Kindes habe sich eine zunächst nicht dramatische Überforderung eingestellt, die sich nach der Geburt des zweiten Kindes – eines hyperaktiven Jungen – verstärkt und zu einer ausgeprägten Depression geführt habe. Zu diesem Zeitpunkt habe es auch Schwierigkeiten in der Ehe gegeben, da sie sich ihrem Ehemann gegenüber sehr abgekapselt habe. Die Patientin begann eine Gruppentherapie, bei der ihr der Psychotherapeut Vorwürfe machte, weil sie die Therapie aus seiner Sicht nicht ernst zu nehmen schien, da sie von einer Woche zur nächsten vergessen hatte, worüber gesprochen worden war. Die Verzweiflung der Patientin wuchs, die Versorgung der Kinder auf der materiellen Ebene bildete den Hauptinhalt ihrer Tätigkeit; aus heutiger Sicht

macht sie sich heftige Vorwürfe, die emotionalen Bedürfnisse der Kinder vernachlässigt zu haben. Schließlich unternahm die Patientin nach einer Fehlgeburt einen schweren Suizidversuch; sie fügte sich anschließend wieder äußerlich in das Familienleben ein, innerlich hatte sie sich aber ab diesem Zeitpunkt völlig verschlossen. Erst als sie bei einer Nachbarin, deren Sohn in seinem Verhalten dem eigenen sehr ähnelte, von der Störung ADHS hörte, fasste sie Hoffnung auf Besserung ihrer depressiven Verfassung mit Konzentrations- und Antriebsstörungen.

Im Rahmen einer kombinierten Therapie mit Antidepressiva, Stimulanzien und tiefenpsychologischer Psychotherapie besserte sich die schwere, über Jahre bestehende Depression und eine sie beeinträchtigende Koordinationsstörung (ohne Medikation war ihr der Einbeinstand beim Anziehen einer Hose freistehend nicht möglich gewesen). Bei der Verabschiedung aus der Therapie sagte die Patientin: »Sie haben mir das Leben gerettet.« Heute ist sie wieder in der Lage, an Dienstreisen ihres Ehemannes teilzunehmen, auch die Beziehung zu ihren beiden Kindern ist sehr viel intensiver geworden. Die Angst, ihre häusliche Umgebung nicht ausreichend geordnet zu haben, ist geblieben, auch heute noch dürfen nur wenige Menschen sie besuchen.

### Fallbeispiel

Eine andere Patientin berichtete, dass sie sich schon in der Pubertät aus dem Klassenverband zurückgezogen und sich ab diesem Zeitpunkt deutlich anders als die Klassenkameradinnen gefühlt habe. Von da an sei sie mit farbigen Ausländerinnen befreundet gewesen, deren Anderssein offensichtlich war.

Diese Patientin hatte aufgrund einer lang andauernden depressiven Verstimmung die Vorstellung entwickelt, sie müsse sich am Vormittag maximal in absoluter Ruhe schonen, um den Pflichten bei der Versorgung der Kinder am Nachmittag gewachsen zu sein. Erst nach einigen Monaten der Behandlung berichtete sie, dass sie als Folge ihres depressiven Rückzugs bisher nicht wahrgenommen hatte, wie die Umgebung ihres Wohnbereichs gestaltet war. Ihre mangelhafte Organisationsfähigkeit als Ausdruck einer ausgeprägten Wahrnehmungsstörung hatte dazu geführt, dass sie glaubte, nicht kochen zu können. Erst bei Nachfragen wurde deutlich, dass sie keinen Überblick darüber hatte, in welcher Reihenfolge sie Fleisch, Gemüse und Beilagen zum Garen aufsetzen musste, um am Ende ein Gericht servieren zu können. Die permanente Überforderungssituation, die Anlass der ausgeprägten depressiven Störung war, ist bei Kenntnis der Beeinträchtigungen nachvollziehbar. Die Besserung der massiven depressiven Grundstörung und der kognitiven Fähigkeiten durch eine Behandlung mit Moclobemid und Stimulanzien veränderte in positiver Weise die Handlungsfähigkeit dieser Patientin – sie konnte aktiver ihre Freizeit gestalten, die Beziehung zum Ehemann wurde lustvoller und sie konnte den Kindern besser helfen, ihre Probleme zu bewältigen.

Bei Menschen, die an einer ADHS leiden, ist vor allem die Veränderung der Stimmung durch Außenreize ein wichtiges differenzialdiagnostisches Kriterium. Bei einer Major Depression wird es nicht gelingen, den Patienten zu einer Tätigkeit zu motivieren, die für ihn attraktiv erscheint. Ein Kollege berichtete erstaunt von einer nach seiner Einschätzung tief depressiven Patientin, die bis dahin beruflich sehr erfolgreich und engagiert gewesen war, dass sie sich plötzlich entschlossen habe, an einem sehr kräftezehrenden sportlichen Ereignis teilzunehmen, statt sich zu schonen. Nach Beendigung der sportlichen Betätigung fiel sie wieder in die Depression zurück. Bei einer solchen Schilderung sollte unbedingt auch an die ADHS als Differenzialdiagnose oder Komorbidität gedacht werden.

## 6.3 ADHS und bipolare Störungen

Nach Ansicht von Weiss et al. (1999) ist das gemeinsame Auftreten von ADHS und bipolaren Störungen nicht typisch. Spencer (2004b) gibt eine Häufigkeit von 10 % für das Auftreten einer bipolaren Störung bei Erwachsenen mit ADHS an. Wilens et al. (2003a) fanden bei Erwachsenen mit Komorbidität von ADHS und bipolarer Störung, dass die jeweilige Erkrankung aufgrund der Kernsymptome abgrenzbar blieb. In ihrer epidemiologischen Studie beschrieben Kessler et al. (2006) eine Häufigkeit bipolarer Störungen von 19 % bei ADHS-Betroffenen im Vergleich zu 3 % bei nicht Betroffenen (s. Tabelle 6-3, S. 149). In einer Untersuchung aus der Türkei fanden sich bei 159 Patienten mit bipolarer Störung in 16,3 % Hinweise auf eine ADHS im Erwachsenenalter, bei weiteren 10,7 % auf eine ADHS in der Kindheit ohne Persistenz ins Erwachsenenalter (Tamam et al. 2008). In einem Kollektiv von Patienten mit Major Depression sowie bipolarer Störung bestanden Häufigkeiten von 5,4 % bzw. 17,6 % für das gleichzeitige Vorliegen einer persistierenden ADHS (McIntyre et al. 2010).

Das Verhalten von Patienten mit ADHS kann durchaus manische Züge aufweisen; für die Differenzialdiagnose ist entscheidend, dass es sich bei der Manie im Rahmen einer bipolaren Störung um eine zeitlich klar begrenzte Episode handelt; speziell die Gruppe der Patienten mit »rapid cycling« kann aber besondere differenzialdiagnostische Probleme aufwerfen. Bei der Diagnostik von bipolaren Störungen im Kindesalter – Manien werden üblicherweise erst ab der Pubertät beschrieben (West et al. 1995) – bestehen innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie durchaus kontroverse Ansichten und es gibt Forschungsbedarf hinsichtlich der Spezifität von Symptomen, die eine Manie im Kindesalter von Verhaltensstörungen abgrenzen lassen (Weiss et al. 1999).

Nachdem die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter inzwischen in Deutschland etablierter ist, bahnt sich eine Entwicklung an, die dazu führt, dass bei vielen Erwachsenen mit der Symptomkombination von Konzentrationsstörungen und hyperaktivem Verhalten sofort auf das Vorliegen einer ADHS im Erwachsenenalter geschlossen wird. Dies beruht vermutlich darauf, dass die unterschiedliche Entwicklung der Krankheitsbilder in der Kindheit ungenügend berücksichtigt wird.