

ADHS im Erwachsenenalter «update»

Dominique Eich-Höchli, PUK Zürich

Klinik Schützen
Rheinfelden, den 17.06.2008

Wenn Kinder erwachsen werden ...

- Berufsausbildung / Studium
- Einstieg ins Berufsleben / Anstellung
- sozioökonomischer Status / soziale Anerkennung
- Bürgerpflichten: Gesetze, Verkehrsregeln einhalten; Steuern zahlen
- Freizeitaktivitäten
- Verlassen der Herkunftsfamilie
- Partner-Beziehungen / Familiengründung
- Konsumgewohnheiten

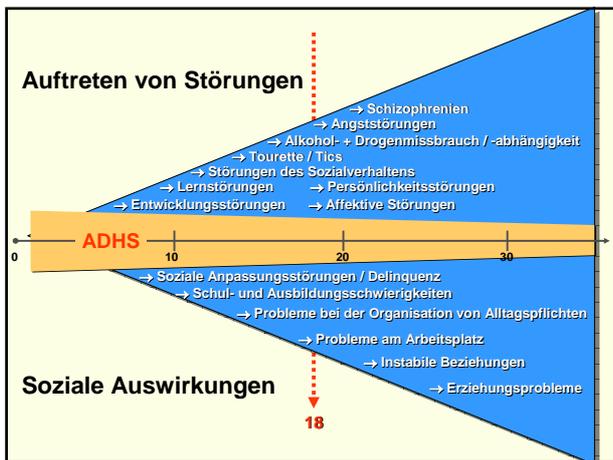
Doch der Philipp hörte nicht,
Er gaukelt und schaukelt, er trappelt und zappelt
auf dem Stuhle hin und her.



Und die Mutter blicket stumm auf dem
ganzen Tisch herum....

ADHS: Geschichte

- 1865 Hoffmann: „Zappelphilipp“
- 1902 Still: „Defect in moral control“
- 1947 Strauss+Lehtinen: Minimal Brain Dysfunction
- 1957 Laufer: „Hyperkinetic Impulse Disorder“
- 1960 Chess: „Hyperactive Child Syndrome“
- 1968 DSM-II: „Hyperkinetic Reaction of Childhood“
- 1972 Douglas: „Deficits in sustained Attention“
- 1980 DSM-III: „Attention-Deficit Disorder“ (ADD)
- 1987 DSM-III-R: „Attention-Deficit Hyperactivity D.“
- 1990 Barkley/Wender: „ADHD-Persistence in Adults“
- 1994 DSM-IV: „Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder“



Bereiche der Beeinträchtigung

Schlechte Schul- bzw. Arbeitsleistung

- verpasst oft Fristen
- häufiges Verlegen v. Dingen
- kommt oft zu spät zur Arbeit/ zu Verabredungen
- geringer akad. Erfolg trotz Begabung

Emotionale Probleme

- neigt zu emot. Ausbrüchen
- fühlt sich demoralisiert wg. permanentem Misserfolg (aktuell weniger)

Anpassungsprobleme

- wenig Geschick mit Geld
- zahlt Rechnungen zu spät
- überzieht das Konto
- chaotisch in persönlichen bzw. familiären Belangen

Geringere soziale Fähigkeiten

- schlechter Zuhörer
- Freundschaften pflegen ↓
- rasch erzürmbar
- verbal ausfällig, wenn wütend

R.A. Barkley, ADHD, 1998

Leitsymptome adulter ADHS nach P. Wender

1. Aufmerksamkeitsstörung
2. Motorische Hyperaktivität
3. Affektlabilität
4. Desorganisation in Verhalten und Aktivitäten
5. Mangelhafte Affektkontrolle (Wutausbrüche)
6. Impulsivität (Dazwischenreden)
7. Emotionale Überreaktionen

P. Wender, Oxford University Press, 1995

HKS und ADHD

ICD

ICD-8 (1974)

Hyperkinetisches Syndrom der Kindheit (308.3)

ICD-9 (1979)

Hyperkinetisches Syndrom des Kindesalters (314)
mit Entwicklungsrückstand /
mit Störung des Sozialverhaltens

ICD-10 (1991) : HKS

Hyperkinetische Störung (F90)
ADHS (F90.0)
Unaufmerksamkeit (6/9); Überaktivität (3/5); Impulsivität (1/4)

DSM

DSM-III (1980): ADD

Attention-Deficit-Disorder (314)

DSM-III-R (1987): ADHD

Attention-deficit-Hyperactivity-Disorder
(314.01); 8/14 Kriterien
Schweregrad: leicht / mittel / schwer
Ausschlusskriterien: Autismus

DSM-IV (1994): ADHD

Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (314);
Kriterien: 6/9 + 6/9
combined / inattentive / hyperactive-impulsive Type / ADHD NOS

Subtypen von HKS und ADHS nach ICD-10

- F90.0** Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
= ADHS (ohne Störung des Sozialverhaltens)
- F90.1** Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- F90.8** Andere hyperkinetische Störung
- F90.9** Nicht näher bez. hyperkinetische Störung
- F98.8** Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität

Ausschluss: tiefgreifende Entwicklungsstörung F84
manische Episode F30
depressive Episode F32
Angststörung F41

ICD-10, 1994

Subtypen ADHD nach DSM-IV-TR

- 314.00 Predominantly Inattentive Type
- 314.01 Predominantly Hyperactive-Impulsive Type
- 314.01 Combined Type
- 314.00 „In Partial Remission“
- 314.01
- 314.9 **ADHD NOS**

Ausschluss: tiefgreifende Entwicklungsstörung
Schizophrenie / andere psychot. Störung;
nicht besser erklärt durch eine andere
psychische Störung (z.B. affektive Störung)

DSM-IV-TR, 2000

DSM-IV-TR / II

DSM-IV-TR:

•„In Partial Remission“ (314.00, 314.01)

Erwachsene, welche als Kind die diagnostischen Kriterien erfüllt haben, jedoch das volle diagnostische Spektrum „auswachsen“, aber weiterhin Symptome und Behinderungen aufweisen.

•ADHD NOS (314.9)

–Erwachsene mit einer klinisch bedeutsamen Behinderung, v.a. Aufmerksamkeitsstörung, welche die vollen Diagnose-Kriterien nicht erfüllen; jedoch mit einem Verhaltensmuster gekennzeichnet durch: „Nicht in die Gänge kommen“, Tagträumen und Hypoaktivität.

–Erwachsene, welche v.a. eine Aufmerksamkeitsstörung haben, und die vollen Diagnose-Kriterien erfüllen, jedoch erst mit ≥ 7 Jahren.

Biederman, Mick, Faraone, Am J Psychiatry, 2000

Prävalenz von ADHS: USA

Epidemiologie des Kindesalters

Kinder im Schulalter 4 - 9%

Persistenz ins Erwachsenenalter

Manuzza et al. 1990, 1993 ~ 50%
Weiss et al. 1984, Weiss & Hechtman, 1993

ADHD-Epidemiologie bei Erwachsenen

Murphy und Barkley, 1996: 4.7%
DuPaul et al., 1997: 4.5%
Heiligenstein et al., 1997: 4.0%
Kessler et al., NCS, 2005: 4.0%

→ Prävalenz bei Erwachsenen: ca. 4% (\approx 9.8 Mio.)

ADHS: Pathophysiologie

- Funktionelle Bildgebung: ERP/ SPECT/ PET
Aktivitätsverminderung im dorsolateralen präfrontalen / frontalen / striatalen Bereich
- Anatomische Bildgebung : MRI
Größenverminderung von 8.6-11.9 % in Frontallappen, Basalganglien, Corpus callosum
- Dopaminerge Gene: → Polymorphismen
 - DAT / Dopamin Transporter (Chromosom 5): Wiederaufnahme von synaptischem DA verändert
 - D4-Rezeptor (Chromosom 11): veränderte DA-Sensitivität

J. Swanson et al., Lancet, 1998

Auswirkungen von ADHS auf die Gesundheitskosten

Patientenkohorte:	n=4119	
	Δ ADHD vs. Non-ADHD	p ≤ .01
grössere Unfälle	+ 10 %	*
stationäre Hospitalisat.	+ 8 %	*
ambulante Therapien	+ 8 %	*
Notfallaufnahmen	+ 7 %	*

C.L. Leibson, JAMA 285,1997

Patient

Folgen

Gesundheitswesen
50% – in Motorradunfällen¹
33% – Inanspruchnahme von chir. Ambulanz²
2–4x mehr Autounfälle³⁻⁵

Familie
3–5x mehr Scheidungen / Trennungen^{11,12}
2–4x mehr Geschwister- rivalität¹³

Schule & Beruf
46% der Schule verwiesen⁶
35% vorzeitig abgegangen⁶
niedrigerer beruflicher Status⁷

Gesellschaft
Höheres Suchtrisiko⁸
Früherer „Einstieg“⁹
Wahrscheinlichkeit geringer, als Erwachsener aufzuhören¹⁰

Arbeitgeber
Eltern nicht am Arbeitsplatz, Produktivitätsverlust¹⁴

1. DiScala et al. (1998) 6. Barkley et al. (1990) 9. Pomerleau et al. (1995) 12. Brown & Pacini (1989)
2. Leibson et al. (2001) 7. Mannuzza et al. (1997) 10. Wilens et al. (1995) 13. Mash & Johnston (1983)
3. NHTSA (1997) 8. Lojewski et al. (2002) 11. Barkley, Fischer et al. (1991) 14. Noe et al. (1999)
4+5. Barkley et al. (1993, 1996)

Adulte ADHS: Therapie - Indikationen

1. Drohender Verlust des Arbeitsplatzes
2. Angst, wegen innerer Unruhe verrückt zu werden
3. Tiefe Depression, extreme Antriebslosigkeit
4. Ständig gespannte Ärgerlichkeit, die zu gesellschaftlicher Isolation führt
5. Dauerhafte motorische Unruhe
6. Übermäßiger Alkohol- und Nikotin- und/oder Cannabiskonsum
7. Verlust der Fähigkeit, das Alltagsleben zu organisieren
8. Das Gefühl, allen Geräuschen ausgeliefert zu sein
9. Extreme Sensationslust, die zur Selbstgefährdung führt
10. Permanente Angst, keinen Durchblick mehr zu haben oder unter Abbruch der Konzentration zu leiden.

Nach J. Krause, Psycho 26, 2000

SURPRISE Nr. 142 / 4.-17.12.2006



Eigentlich ist Ritalin ein Medikament für hyperaktive Kinder. Immer häufiger aber benutzen es Erwachsene als Lifestyle-Droge - und treiben damit ein gefährliches Spiel.

Wahnsinniges Wundermittel

ADHS: pharmakologische Behandlung

- reiche Erfahrung mit Stimulanzien über 50 Jahre
- breiter Konsens: 80% der Patienten zeigen klinisch bedeutsame Verbesserungen
- häufigste NW: Appetit ↓, Schlaf ↓, Tics ↑
- Stimulanzien sind sicher, Abhängigkeit ist selten
- Stimulanzien wirken v.a. auf Verhaltensstörungen
- NIMH-Algorithmus (1996):
 1. MPH / Ritalin® 5-20 mg, 2-3 x pro Tag über 4 Wo.
 2. Antidepressiva (SSRI / TCA)
 3. Andere (Clonidin, Carbamazepin, Venlafaxin, Risperidon)

J. Swanson et al., Lancet, 1998

ADHS: Pharmakologische Therapien

1. Wahl

- Methylphenidat: Evidenzstufe Ib
Empfehlungsgrad A (höchster)

2. Wahl

- Evidenzstufe IV
Empfehlungsgrad D (geringster)
- andere Stimulanzien
- trizyklische AD mit ausgeprägter NA-erger Wirkung (Desipramin)
- Lithium
- andere AD (Atomoxetin, Bupropion)
- Phenylalanin
- Nikotinpflaster, Nikotinrezeptor-Agonisten

DGPPN: ADHS im Erwachsenenalter, Nervenarzt, 2003

Praktisches Vorgehen mit Stimulanzien

- Gesicherte Diagnose, Leidensdruck
- Ausführliche Information
- In der Regel Bedenkfrist
- Wahl des Stimulans und der Spezialität
- Problem: Kostenerstattung beachten und aufklären

Pharmakotherapie: Ziele

Beeinflussung der Kernsymptome der ADHS

- Aufmerksamkeitsstörung
- Impulsivität
- Hyperaktivität

Behandlung der Komorbidität

Positive Stimulanzeneffekte (1)

Kognitive Leistung

- Konzentration bzw. Aufmerksamkeit wird besser, v.a. bei relativ monotonen Arbeiten
- Ablenkbarkeit nimmt ab
- Kurzzeitgedächtnis verbessert sich
- Gedanken können besser formuliert und umgesetzt werden
- Arbeitspensum wird grösser
- Arbeit wird genauer d.h. weniger Flüchtigkeitsfehler

Positive Stimulanzeneffekte (2)

Impulsivität

- Verhalten wird ruhiger, der Situation angepasster
- Weniger aggressives Verhalten
- Verbesserung der sozialen Kompetenzen
- Frustrationstoleranz nimmt zu
- Im Strassenverkehr besonnen!
- Verbesserung der Selbstregulation: Umfeld reagiert positiv

Positive Stimulanzeneffekte (3)

Hyperaktivität

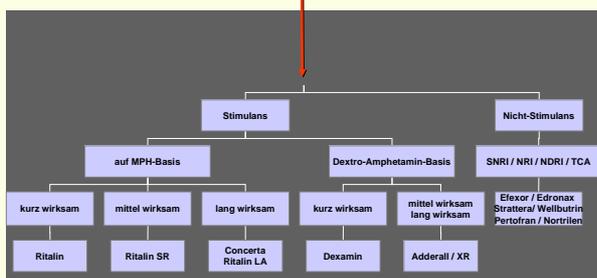
- Zum ersten Mal: innerlich ruhig (für viele ein "Aha"-Erlebnis)
- Motorisch ruhiger: bei Tisch bleiben können bis Mahlzeit zu Ende
- Hände und Füße können besser „in Schach“ gehalten werden
- Rastlosigkeit nimmt ab: Freizeit kann entspannt erlebt werden
- Rededrang nimmt ab, andere kommen auch zu Wort!

Positive Stimulanzieneffekte (4)

Emotionen und Affektregulierung

- Stimmungsschwankungen nehmen ab
- Emotionale Erregbarkeit wird geringer
- Hypersensibilität wird besser

Behandlungsalgorithmus für ADHS



Medikinet® Medikinet MR®

Eich, 2008

Stimulanzien in der CH

Substanz	Wirkung: 4 h	Wirkung: 4-8 h	Wirkung >8 h
Methylphenidate	Ritalin® Methylin® Focalin® (D) (Dexamin®)	Ritalin SR® Methylin ER® Methadate ER®	Ritalin LA® Concerta™ Methadate CD®
Dextro-amphetamine	Dexedrine® DextroStat®	Dexedrine® Spansule®	
Amphetamine: 4 Salze gemischt	Adderall®	Adderall XR®	Adderall XR™
Pemoline			Cylert®

Swissmedic zugelassen

Eich, 2008

Medikinet®, Medikinet MR®

ADHS - Neue Entwicklungen in der Pharmakotherapie des Erwachsenen

- **Psychostimulanzien**
 - MPH: Concerta[®], Medikinet[®] (Pflaster, USA)
- **Antidepressiva = AD**
 - Reboxetin / Edronax[®] [NRI]
 - Atomoxetin / **Strattera**[®] [NRI]
 - Venlafaxin / Efexor[®] [SNRI]
 - Bupropion / Zyban[®], Wellbutrin[®] [NDRI]
- **Weitere Substanzen**
 - Modafinil / Modasomil[®] [Alpha-1 Aktivierung]
 - Clonidin / Catapresan[®] [Alpha-2a NA-Agonist]
 - Guanfacin / Tenex[®] USA

Eich, 2008

Take home

ADHS im Erwachsenenalter
Klinische Realität

ADHS: Klinische Realität

- ADHS ist eine häufige, chronische Erkrankung, die bei etwa 50% der Patienten auch noch im Erwachsenenalter Auswirkungen zeigt.
- ADHS findet sich auch bei Eltern und Geschwistern von Kindern mit ADHS und hat neurobiologische Korrelate.
- Kernsymptome und Begleitprobleme beeinträchtigen viele Bereiche des täglichen Lebens.
- Bei ADHS-Patienten sind assoziierte Störungen (umschriebene Entwicklungsstörungen, psychiatrische Störungen) eher die Regel als die Ausnahme.

Eich, 2008

Therapie: massgeschneidert

- Alter, Lebensphase (IQ, Ausbildung, ..)
- Stärken, Bewältigungsstile
- Behinderungen durch ADHS und Komorbiditäten
- Unterstützung durch das soziale Netzwerk
- Persönlicher Lebensstil
- Finanzieller Hintergrund

„Wem die Jacke passt, der zieht sie sich an“!
Und wenn sie modisch ist,..erst recht

Eich, 2008
