

Michael Rösler und W. Retz

Diagnose, Differentialdiagnose und komorbide Leiden der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter

Diagnosis, differential diagnosis and comorbidity in adult ADHD

Zusammenfassung

Die Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter ist eine Entscheidung, die ganz überwiegend auf klinischen Überlegungen beruht. Ein Testverfahren, mit dem ADHS festgestellt werden könnte, ist nicht verfügbar. Die diagnostischen Kriterien von DSM-IV und die darauf beruhende Konzeption der Diagnosen mit 4 ADHS-Typen – gemischte ADHS, ADHS mit vorwiegender Unaufmerksamkeit, ADHS mit vorwiegender Hyperaktivität und Impulsivität und ADHS in partieller Remission – hat sich international auch bei den Erwachsenen bewährt. Als spezielle diagnostische Lösung für Erwachsene stehen die Utah-Kriterien zur Verfügung. Bei der Untersuchung und Feststellung ADHS-verdächtiger Störungen hat sich der Einsatz von Selbstbeurteilungsskalen und Fremdrating-Instrumenten bewährt. Für die klinische Entscheidung, dass ADHS vorliegt, müssen neben der seit früher Kindheit erkennbaren Symptomatik, bestehend aus Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität, auch funktionelle Einschränkungen im Lebensalltag, subjektives Leiden und eine generelle Präsenz der Symptomatik in verschiedenen Lebensfeldern nachweisbar sein. Im Erwachsenenalter ist ADHS fast immer mit komorbiden Störungen assoziiert. Die wichtigsten komorbiden Störungen sind Suchtkrankheiten, Persönlichkeitsstörungen und affektive bzw. emotionale Störungsmuster.

Schlüsselwörter

ADHS Erwachsene – ADHD Rating Skalen – Utah Kriterien – diagnostischer Prozess – altersspezifische Psychopathologie

Summary

Diagnosis of ADHD in adults is based on the clinical assessment of the DSM-IV psychopathology. 9 symptoms of inattention and further 9 items concerning hyperactivity and impulsivity serve as diagnostic criteria. So far, no biochemical, neuropsychological or other technical test procedure has been available to establish this diagnosis. The classificatory solution of DSM-IV offers a typology of 4 ADHD diagnoses. The most frequent type is mixed ADHD followed by ADHD with preferentially symptoms of inattention. ADHD preferentially with hyperactivity and impulsivity is a relatively rare condition in clinical settings. ADHD in partial remission has been designed for individuals fulfilling the diagnostic criteria of DSM-IV in earlier life with a subsequent decline of symptoms. The use of rating scales including self-report instruments has found wide acceptance. A broad range of targets has to be addressed during the diagnostic process. Psychopathology, functional impairment, subjective burden, quality of life and symptom pervasiveness in conjunction with the onset of the disorder in early school age are major components of the adult ADHD diagnosis. ADHD in adults is associated in many cases with comorbid conditions, the most frequent ones being personality disorders, substance abuse disorders and mood or affective disorders.

Keywords

adult ADHD – ADHD rating scale – Utah criteria – diagnostic process – age specific psychopathology

■ 1. Einleitung

Das Konzept der Aufmerksamkeitsstörungen wurde erstmals 1980 durch DSM-III eingeführt und über DSM-III-R (1987) zu der heutigen Konzeption der ADHS nach DSM-IV (1994) ausgebaut. Damit wurde keine neue Erkrankung bei Erwachsenen beschrieben, vielmehr wurde eine begriffliche Neuordnung von verschiedenen Störungsmustern vorgenommen, die

früher als frühkindlicher Hirnschaden, minimale zerebrale Dysfunktion, psychoorganisches Syndrom (POS) etc. bezeichnet worden waren (Wender, 1995). DSM-IV verfügt heute über 4 diagnostische Varianten, die mit 9 Symptomen, die Aufmerksamkeitsstörungen erfassen, und 9 weiteren Zeichen, die Hyperaktivität und Impulsivität abbilden, festgestellt werden sollen. Leider stimmen die DSM-IV-Konzepte mit denen der ICD-10 nicht ausreichend überein (Tab. 1).

Tabelle 1: Unterschiedliche ADHS-Konzeptionen von ICD-10 und DSM-IV

DSM-IV	ICD-10
Kombinierter Typ (314.00) Überwiegend Unaufmerksamkeit (314.00) Überwiegend Hyperaktivität/Impulsivität (314.01) ADHS in partieller Remission	Einfache Störung der Aktivität und Aufmerksamkeit (F90.0) Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1)

Die Diagnosen nach DSM-IV umfassen den kombinierten ADHS-Typ (Nr. 314.00), den Typus mit überwiegender Aufmerksamkeitsstörungen (Nr. 314.00), den Typus mit überwiegender Hyperaktivität und Impulsivität (Nr. 314.01) sowie eine subklinische ADHS-Diagnose für diejenigen Fälle, die ursprünglich einmal die diagnostische Schwelle erreichten, in denen aber im weiteren Verlauf eine Rückbildung der Symptomatik eintrat, so dass nur noch eine Teilsymptomatik nachgewiesen werden kann, die als ADHS in partieller Remission bezeichnet wird. Die ICD-10 benennt in ihrem Kapitel über die hyperkinetischen Störungen zwei Diagnosen. Es handelt sich dabei um die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ESAA, Nr. F90.0) und die hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (HSS, F90.1). Die ESAA stimmt weitgehend mit der kombinierten ADHS nach DSM-IV überein. Bei der HSS nach ICD-10 liegt die Kombination einer ESAA mit einer Störung des Sozialverhaltens vor. Es handelt sich um eine Diagnose für den Gebrauch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ab dem 18. Lebensjahr werden Störungen des Sozialverhaltens nicht mehr diagnostiziert. Damit bietet die ICD-10 nur eine Variante für die Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter. Im direkten Vergleich scheint die DSM-IV-Konzeption für Erwachsene besser geeignet, nicht

nur weil hier die Möglichkeit gegeben ist, Subtypen zu differenzieren, sondern auch weil die empirischen Erfahrungen mit ADHS bei Erwachsenen fast ausschließlich in Studien gesammelt wurden, die sich auf die DSM-IV-Diagnostik stützen. Am häufigsten kommt der gemischte ADHS-Typ vor. Auf den Subtyp mit überwiegender Unaufmerksamkeit stößt man in klinischen Populationen in ca. 20 bis 30% der Fälle. Hingegen ist der Subtyp mit überwiegender Hyperaktivität und Impulsivität selten (< 5%).

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 typischen Psychopathologie gestellt werden kann. Einen Test für ADHS gibt es nicht. Dies betrifft neuropsychologische Verfahren ebenso wie biochemische, bildgebende, psychophysiologische 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 Tabelle 2 aufgelistet.

Tabelle 2: Zusammenstellung verschiedener Untersuchungsaspekte im Prozess der ADHS-Diagnose bei Erwachsenen

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

■ 2. Symptomatik im Einschulungsalter

Das Kriterium, dass ADHS bereits mit 6 Jahren vorhanden gewesen sein sollte, ist relativ leicht bei Erwachsenen zu beurteilen, wenn in der Kindheit eine fachlich fundierte ADHS-Diagnose gestellt wurde. Dies ist aber nur bei einem Teil der Patienten der Fall, die als Erwachsene in die ADHS-Sprechstunde kommen. Wenn keine Angehörigen oder andere Bezugspersonen verfügbar sind, um eine Anamnese zu dem angesprochenen Thema zu erstellen, bleibt nur eine eingehende Befragung der Betroffenen. Dabei erweist sich die Wender-Utah-Rating-Scale (WURS; Wender, 1995; Retz-Junginger et al., 2002, 2003, 2007; Rösler et al., 2008b) vielfach als hilfreich. Bei diesem Selbstbeurteilungsverfahren müssen ADHS-Symptome aus der Retrospektive und in Projektion auf das Alter zwischen 8 und 10 Jahren in graduierter 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. Es gibt Einwände gegen diese Form der psychopathologischen Befunderhebung (Mannuzza et al., 2002), die nahelegen, diese Untersuchung nur bei Erwachsenen zu veranlassen, die spezielle Anforderungen erfüllen wie ausreichende Intelligenz, Sprachverständnis, Introspektionsfähigkeit und Erinnerungsfähigkeit sowie Motivation und Bereitschaft, über sich Auskunft zu geben.

Auch muss ein spezieller Aspekt beachtet werden. Da es sich bei der ADHS um eine sehr früh beginnende Störung handelt, die kontinuierlich verläuft, erleben manche Patienten Phänomene wie Hyperaktivität, Impulsivität oder Unaufmerksamkeit als Bestandteil ihres Lebens, nicht aber als Symptom einer Störung. Der Patient kennt sich nur so, wie er ist. Er hat nach seinem Erleben zunächst keine Veranlassung, sich krank zu fühlen. Erst im Vergleich mit anderen, nicht betroffenen Menschen werden die Unterschiede deutlich.

■ 3. DSM-IV-Kriterien

Die 18 DSM-IV-Kriterien beziehen sich auf 3 klassische psychopathologische Syndrome: Aufmerksamkeitsstörungen, Impulsivität und Hyperaktivität. Diese Phänomene kennzeichnen ADHS in allen Lebensaltern. Im Umgang mit den DSM-IV-Kriterien müssen einige Besonderheiten und Limitierungen in Erwägung gezogen werden. Es handelt 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. Eine systematische Evaluation der Kriterien bei Erwachsenen ist bisher nicht vorgenommen worden. Es kommt hinzu, dass sie in der Mehrzahl unspezifisch sind und Überlappungen mit anderen psychischen Störungen (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Manie) erkennen lassen.

ADHS kann als ein dimensionales Störungskonstrukt angesehen werden (Faraone et al., 2000). Die ADHS-Symptomatik ist in einem Maximalbereich im Endbereich eines Störungskontinuums oder einer Normalverteilung angesiedelt. Das heißt, die Störung definiert sich nicht durch Symptome, die bevorzugt bei ADHS auftreten und für andere Muster weniger typisch sind. Tatsächlich kommt jedes einzelne Symptom nicht nur bei ADHS vor. Jeder Mensch kennt im Prinzip derartige Phänomene, besonders in Zeiten verstärkter psychischer oder körperlicher Belastung. Die ADHS definiert sich vielmehr durch die hohe Frequenz und den erheblichen Ausprägungsgrad der einzelnen Symptome, durch die typische Kombination der Merkmale in Syndromen und durch ihre augenfällige Pervasivität.

Ein wichtiges Problem kann sich aus dem Umstand ergeben, dass die Symptomatik in einer strukturierten Untersuchungssituation bisweilen nur schwer oder überhaupt nicht zu beobachten ist (Stieglitz und Rösler, 2006). 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 angewiesen. In dem Zusammenhang ist auf Untersuchungen aufmerksam zu machen, die zu belegen scheinen, dass besonders die motorische Überaktivität im Gegensatz zu den Aufmerksamkeitsstörungen mit zunehmendem Alter abnimmt (Biederman et al., 2000). 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 motorischen Bewegungssymptome der Kinder findet man bei Erwachsenen tatsächlich nicht mehr. Jedoch berichten viele Erwachsene, dass ein erhebliches Bewegungsbedürfnis auf einer anderen Symptomebene 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 vollständig gelingt. Derartige Überlegungen sprechen dafür, neben den DSM-IV-Kriterien auch speziell für den Gebrauch bei Erwachsenen elaborierte psychopathologische Zeichen zu nutzen.

Trotz dieser Einschränkungen ist die Beurteilung der DSM-IV-Kriterien 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 die 18 Diagnosekriterien nach vorhanden oder nicht vorhanden. Es besteht auch die Möglichkeit, diesen Vorgang unter Einsatz von ADHS-Rating-Skalen (Rösler et al., 2006) für Experten 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 Zahlen-

werte können in Syndrom- und Gesamtwerte umgerechnet werden und bieten damit einen Ansatz, die Ausprägung der Psychopathologie näher zu bestimmen. Durch diese Charak-

teristika sind derartige Skalen für Behandlungs- und Verlaufsbeobachtungen besonders geeignet. Eine Zusammenstellung dieser Skalen ergibt sich aus Tabelle 3.

Tabelle 3: Fremdbeurteilungsverfahren zum Nachweis der diagnostischen Kriterien der ADHS nach DSM-IV/ICD-10

Ratingskala Autoren	Merkmale und Symptome Faktorenstruktur	Normwerte Psychometrie	Anwendung Cut-off-Werte, Sprache
CAARS-OR Conners et al., 1999	3 Versionen mit 66, 30 oder 26 Merkmalen, 0-3-Skalierung DSM-IV-Syndrome, emotionale Labilität, Probleme mit dem Selbstbild	Alters- und geschlechtsspezifische Normen, Syndromprofile, verschiedene Reliabilitäts- und Validitätsaspekte	10- 20 Min, verschiedene Interpretationsebenen ADHD-Index, bisher nur in englischer Sprache, „wilde“ Übersetzungen
Current Symptoms Scales Barkley u. Murphy, 1998	18 DSM-IV-Merkmale, 0-3-Skalierung, 10 Merkmale soziale Dysfunktion, 8 Merkmale ODD	Alters- und Geschlechtsnormen, spezifische ADHS- und ODD-Normen	15 Minuten, Cut-off: 1,5 Standardabweichungen vom Mittelwert Englisch
Brown ADD Rating Scale Brown, 1996	DSM-IV-unabhängiges Konzept, 40 Merkmale, Unaufmerksamkeit, Organisation, Alertness, Frustrationstoleranz, Arbeitsgedächtnis, 0-3-Skalierung	Populationsnormen, 7 Syndromwerte, psychometrische Gütekriterien	15 Minuten, Cut-off: 50 Punkte, DSM-IV-Regeln Englisch
ADHD-RS-IV DuPaul et al., 1998	18 DSM-IV-Merkmale, 0-3-Skalierung	Normen für Kinder und Jugendliche	8 Minuten, DSM-IV-Regeln, Englisch, Spanisch
ADHD-DC Rösler et al., 2008b	18 DSM-IV-Merkmale, 0-3-Skalierung, DSM-IV-Syndrome	Interrater-Reliabilität, konvergente Validität, Faktorenstruktur, Spezifität, Sensitivität	8 Minuten, DSM-IV-Regeln, Deutsch

Ein anderer Weg, die diagnostischen Merkmale der ADHS herauszuarbeiten, ist die Selbstbeurteilung durch den Betroffenen anhand von speziell entwickelten Selbstbeurteilungsinstrumenten. Selbst- und Fremdbeurteilungen erlauben, aus unterschiedlichen Perspektiven spezifische Aspekte der jeweils interessierenden Störung abzubilden (Baumann und Stieglitz, 2001). In wissenschaftlichen Studien, insbesondere bei Interventionsstudien, werden in der Regel Fremdbeurteilungsverfahren bevorzugt, da sie ein differenzierteres Bild psychischer Beeinträchtigungen skizzieren, in der Veränderungssensitivität Vorteile bieten und auch bei schwereren Störungsgraden einsetzbar sind. Bezüglich des Stellenwertes von Selbst- und Fremdbeurteilung im Kontext der ADHS-Diagnostik zeigte sich nach Murphy und Gordon (1998), dass bei Kindern unterschiedliche Datenquellen nicht übereinstimmen. Aus verschiedenen Gründen können bedeutende Unterschiede zwischen Patient, Eltern und Angehörigen in der Bewertung der ADHS-Symptome oder der Alltagsbeeinträchtigung eintreten. So geben Eltern von erwachsenen ADHS-Patienten oft weniger Symptome an als diese selbst.

Andererseits wurden im direkten Vergleich einer ADHS-Selbstbeurteilungsskala mit einem Fremdbeurteilungsinstrument mittlere bis hohe Korrelationen (bis $R = .85$) gefunden (Murphy und Schachar, 2000). Ähnliche Resultate fanden Rösler et al. (2004, 2008b) bei Erwachsenen unter Verwendung einer ADHS-Selbstbeurteilungsskala im Vergleich mit einem ADHS-Experten-Rating. Im Lichte dieser Erfahrungen bietet die Methode der Selbstbeurteilung bei Erwachsenen eine ökonomische Möglichkeit, eine ausreichend zuverlässige Information über die wichtigsten ADHS-Phänomene zu erhalten. In der Praxis haben sich die Selbstbeurteilungsverfahren in den ADHS-Sprechstunden vor allem wegen ihrer ökonomischen Vorteile seit vielen Jahren bewährt. Eine Übersicht der wichtigsten Verfahren bietet Tabelle 4.

Tabelle 4: Selbstbeurteilungsskalen zum Nachweis der diagnostischen Kriterien von DSM-IV/ICD-10

Skalen Autoren	Skalentyp Merkmale, Faktoren	Normen Psychometrische Eigenschaften	Anwendung Cut-off-Werte, Sprache
CAARS-SR Conners et al., 1999	3 Skalen mit 66, 30 und 26 Merkmalen, DSM-IV-Syndrome, emotionale Labilität, Selbstbild	Alters und Geschlechtsnormen, Syndromprofile, verschiedene Aspekte der Reliabilität und Validität	10-25 min, verschiedene Interpretationsebenen, ADHD-Index, Englisch
Adult Self Report Scale ASRS, Screener, Adler et al., 2006	6 DSM-IV-Merkmale, 4x Unaufmerksamkeit, 2x Hyper- aktivität/Impulsivität, 0-4-Skalierung	Innere Konsistenz, konvergente Validität, Interrater-Reliabilität	5 Minuten, Cut-off: 4 Items positiv, Englisch, Franzö- sisch, Deutsch, Spanisch WHO-Instrument
Adult Self Report Scale, ASRS, Adler et al., 2006	18 DSM-IV-Merkmale, 0-4- Skalierung, DSM-IV-Syndrome	Innere Konsistenz, Interrater Reliabilität	9 Minuten, DSM-IV- Regeln, WHO-Instrument Sprachen wie Screener
ADHD-SB Rösler et al., 2008b	18 DSM-IV-Merkmale, 0-3 Skalierung, DSM-IV-Syndrome	Interrater-Reliabilität, konvergen- te Validität, Faktorenstruktur, Spezifität, Sensitivität	9 Minuten, DSM-IV-Regeln, Deutsch

Alle erwähnten Skalen konvergieren in der Beurteilung und Quantifizierung der 18 DSM-IV-Diagnosezeichen. Lediglich die Conners-Skalen fügen gemäß einer eigenen ADHS-Konzeption noch weitere Symptome hinzu.

Wie die Fremdrating-Skalen bieten auch die Selbstbeurteilungsinstrumente durch die quantifizierende Bewertung der Merkmalsausprägung die Möglichkeit, Syndromwerte oder Summenscores zu berechnen.

■ 4. Die Psychopathologie der ADHS bei Erwachsenen

Es ist schon darauf hingewiesen worden, dass der Gebrauch der DSM-IV-Merkmale bei der ADHS-Diagnostik im Erwachsenenalter auf verschiedene Limitierungen stößt, die mit der nicht immer vollständig geglückten Passgenauigkeit bei Erwachsenen in Zusammenhang stehen. Wie bei allen Erkrankungen mit einer biographischen Dimension muss damit gerechnet werden, dass in verschiedenen Lebensabschnitten der psychopathologische Ausdruck einer Veränderung unterliegen kann. Daneben wird auch die Frage diskutiert, ob mit den 3 Syndromen Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität tatsächlich das gesamte Symptomspektrum der ADHS erschöpft ist. Die psychopathologischen Konzeptionen, die den ADHS-Skalen von Conners et al. (1999) oder Brown (1996) zugrunde liegen, stellen auf weitere kognitive und affektive Merkmale ab.

Allgemeine Zustimmung gefunden haben die Utah-Kriterien (Wender, 1995), die aus einer jahrzehntelangen Beschäftigung mit Erwachsenen, die an ADHS leiden, hervorgegangen sind. Neben den klassischen Syndromen Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität sind 4 zusätzliche psychopathologische Aspekte berücksichtigt: Desorganisation, Stress-

intoleranz, emotionale Labilität und „hot temper“ als überdauernde charakterliche Disposition. Der Umgang mit dem Utah-Konzept wird durch den Umstand erleichtert, dass ein diagnostisches Interview vorliegt, mit dem insgesamt 28 typische Symptome des Erwachsenenalters beurteilt werden können (Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Symptom Scale [WRAADDS]; Wender, 1995, deutsche Version: WRI; Rösler et al., 2008a). 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 unterscheiden.

Dabei hat sich bei einem Vergleich der diagnostischen Konzeptionen von DSM-IV, ICD-10 mit den Utah-Kriterien gezeigt, dass sich vor allem affektive Symptome wie kurze Verstimmungen, Stimmungsschwankungen, Gereiztheit und maniforme Phänomene in 90 % bis 93 % der Fälle nachweisen lassen. Damit liegen die Prävalenzen dieser Symptome in einer Linie mit den klassischen Zeichen der Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität (Rösler et al., 2008a). Untersucht man die strukturelle Ordnung der Psychopathologie, kann man feststellen, dass die 2-Faktorenstruktur der ADHS, die in vielen Studien repliziert wurde (Woo und Rey, 2005) auch bei Anwendung der Utah-Kriterien trotz der zusätzlichen Berücksichtigung von weiteren psychopathologischen Phänomenen erhalten bleibt (Rösler et al., 2008a).

■ 5. Komorbide Leiden, Differentialdiagnose und Ausschlusskrankheiten

Bei Erwachsenen ergibt sich das Problem, dass noch häufiger als bei Kindern und Jugendlichen weitere Störungen auftreten können (Biederman, 2004; Sobanski et al., 2007). Als

ausschließende Erkrankungen oder Differentialdiagnosen müssen diejenigen betrachtet werden, die die ADHS-verdächtige Symptomatik besser erklären können. Dies ist etwa bei körperlichen Erkrankungen möglich, die ADHS-ähnliche

Symptome hervorrufen können wie z. B. Hypo- oder Hyperthyreose, Diabetes oder bestimmte Herzerkrankungen. Psychische Ausschlussleiden sind z. B. Autismus, Schizophrenie, Manie, depressive Episode oder Angststörungen.

Tabelle 5: Die wichtigsten komorbiden Störungen bei Erwachsenen mit ADHS

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

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 können.

Einige der zusätzlichen Störungen können sekundär entstanden sein nach langen Jahren von Frustration und Misserfolgen, die mit der ADHS zu assoziieren sind.

Zu bedenken ist ferner, dass viele andere psychiatrische Störungen typischerweise in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter beginnen. Zu nennen sind etwa Persönlichkeitsstörungen, vor allem die Borderline-Persönlichkeitsstörung, die antisoziale Persönlichkeitsstörung, aber auch andere psychische Störungen wie Zwangsstörungen oder Schizophrenie. Diese können kombiniert vorhanden sein, müssen jedoch auch als Differentialdiagnose bedacht werden. Ein entscheidender Gesichtspunkt bei der Abschätzung dieser Problemlage ist darin zu sehen, dass ADHS zeitlich stets vor den anderen Erkrankungen auftritt. Beginnt die ADHS-verdächtige Symptomatik erst nach einem anderen Leiden, ist so gut wie nie eine ADHS-assoziierte Komorbidität gegeben.

Eine spezielle Betrachtung machen die emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS), erforderlich. Hinsichtlich der psychopathologischen Diagnosemerkmale gibt es zwischen

ADHS und BPS einen weiten Bereich der Überlappung von psychopathologischen Kriterien, die zur jeweiligen Diagnose beitragen. Daraus ergibt sich bei einer voll ausgeprägten ADHS im Erwachsenenalter eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass zusätzlich eine BPS-Diagnose gestellt werden muss. Insofern wird man fragen müssen, ob sich im Erwachsenenalter beide Störungsmuster immer zuverlässig differenzieren lassen (Philipsen et al., 2008). Eine ähnliche Situation zeichnet sich im Verhältnis der ADHS mit bipolaren Störungen ab. Speziell mit der manischen Symptomatik kommt es zu psychopathologischen Überlappungen.

Von komorbiden Leiden im eigentlichen Sinn spricht man, 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 des Erwachsenenalters ergeben sich aus Tabelle 5. Es handelt sich um Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch, Angsterkrankungen, depressive Störungen, Essstörungen und Restless Legs.

Wie bei der Erfassung der ADHS-Psychopathologie gibt es auch im Bereich der komorbiden Störungen die Möglichkeit, standardisierte Erhebungsinstrumente zu nutzen. Dazu gehören das strukturierte klinische Interview für DSM-IV (SCID-I und II), das diagnostische Expertensystem (DIA-X) oder das Diagnostische Interview bei Psychischen Störungen

(DIPS). Eine einfache Checkliste mit den wichtigsten komorbiden Leiden und eine kurz gefasste Ratingskala für die Beurteilung der Alltagsfunktionalität ist im HASE-Untersuchungsverfahren (Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene; Rösler und Retz, 2008) enthalten. Eine ausführliche Übersicht über weitere ADHS Skalen findet sich bei Stieglitz und Rösler (2006)

■ 6. Diagnostik von Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag

Funktionelle Probleme im Lebensalltag findet man schon im Kindes- und Jugendalter. Bei etwa der Hälfte der Betroffenen setzt sich diese Entwicklung auch in späteren Lebensabschnitten fort. Eine Übersicht ergibt sich aus Tabelle 6.

Tabelle 6: Übersicht zu Problemen in verschiedenen Lebensfeldern bei Erwachsenen mit ADHS nach Rösler und Retz (2007)

Lebensbereich	Defizite, Einschränkungen
Schulische und berufliche Ausbildung (Barkley et al., 2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Mangel an qualitativ hochwertigen schulischen und beruflichen Abschlüssen • Disziplinäre Probleme bis hin zur Relegation
Arbeitsleben (Barkley et al., 2006)	<ul style="list-style-type: none"> • Häufiger Arbeitsplatzwechsel • Probleme mit Kollegen und Vorgesetzten
Familie und Umfeld (Minde et al., 2003; Eakin et al., 2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Trennungs- und Scheidungsraten • Häufige Umzüge • Weitere ADHS-Betroffene in der Familie • Maternale Depressionen und parentale Alkoholprobleme • Belastungssymptome bei engen Angehörigen • Wenig enge Freunde
Sexualverhalten (Barkley et al., 2006)	<ul style="list-style-type: none"> • Unerwünschte Schwangerschaften bei jungen Menschen • Hohe Zahl an sexuell transmittierten Krankheiten
Unfallhäufigkeit (Kaya et al., 2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Hohes Risiko für Unfallereignisse in allen Lebensbereichen
Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitssystems (Leibson et al., 2001; Swenson et al., 2003; Schlander, 2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Vermehrte Behandlungskosten für Patienten • Vermehrte Therapiekosten bei Angehörigen
Verhalten im Straßenverkehr (Beck et al., 1997; Sobanski et al., 2008; Stroheck-Kuehner et al., 2006)	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhtes Unfallrisiko • Fahren unter Alkoholeinfluss • Geschwindigkeitsüberschreitungen • Führerscheinverlust
Forensische Komplikationen (Rösler et al., 2004; Rösler und Retz, 2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Deliktrisiko bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen erhöht
Therapie Pharmakotherapie Psychotherapie (Biederman et al., 2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion des Suchtrisikos bei Patienten mit vorangegangener Stimulanzienbehandlung wird diskutiert • Langzeiteffekte therapeutischer Interventionen bezüglich psychosozialer Funktionen kaum untersucht

Es gibt immer deutlicher werdende Anhaltspunkte, dass ADHS in Schule, Ausbildung, beruflicher Aktivität, Ehe und persönlichen Beziehungen zu Problemkonstellationen führen kann, die für die Betroffenen eine Belastung sind und ihrerseits zum Ausgangspunkt von zusätzlichen Störungen werden können. Rechnet man das hohe Risiko für alle möglichen Unfall-

konstellationen, die Auffälligkeiten im Straßenverkehr und die forensischen Komplikationen hinzu, wird die Notwendigkeit einer akribischen Analyse der Alltagskompetenzen der Patienten unübersehbar. Derartige Einschränkungen müssen bei den Therapieplanungen als eigenständige Zielsymptomatik Berücksichtigung finden.

■ 7. Zusammenfassung

Die Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter ist ein komplexer klinischer Vorgang, der zahlreiche Partialaspekte berücksichtigen muss, die oben im Detail beschrieben wurden. In der Abbildung 1 wird der formale Ablauf des diagnostischen Geschehens summarisch dargestellt.

■ Literatur

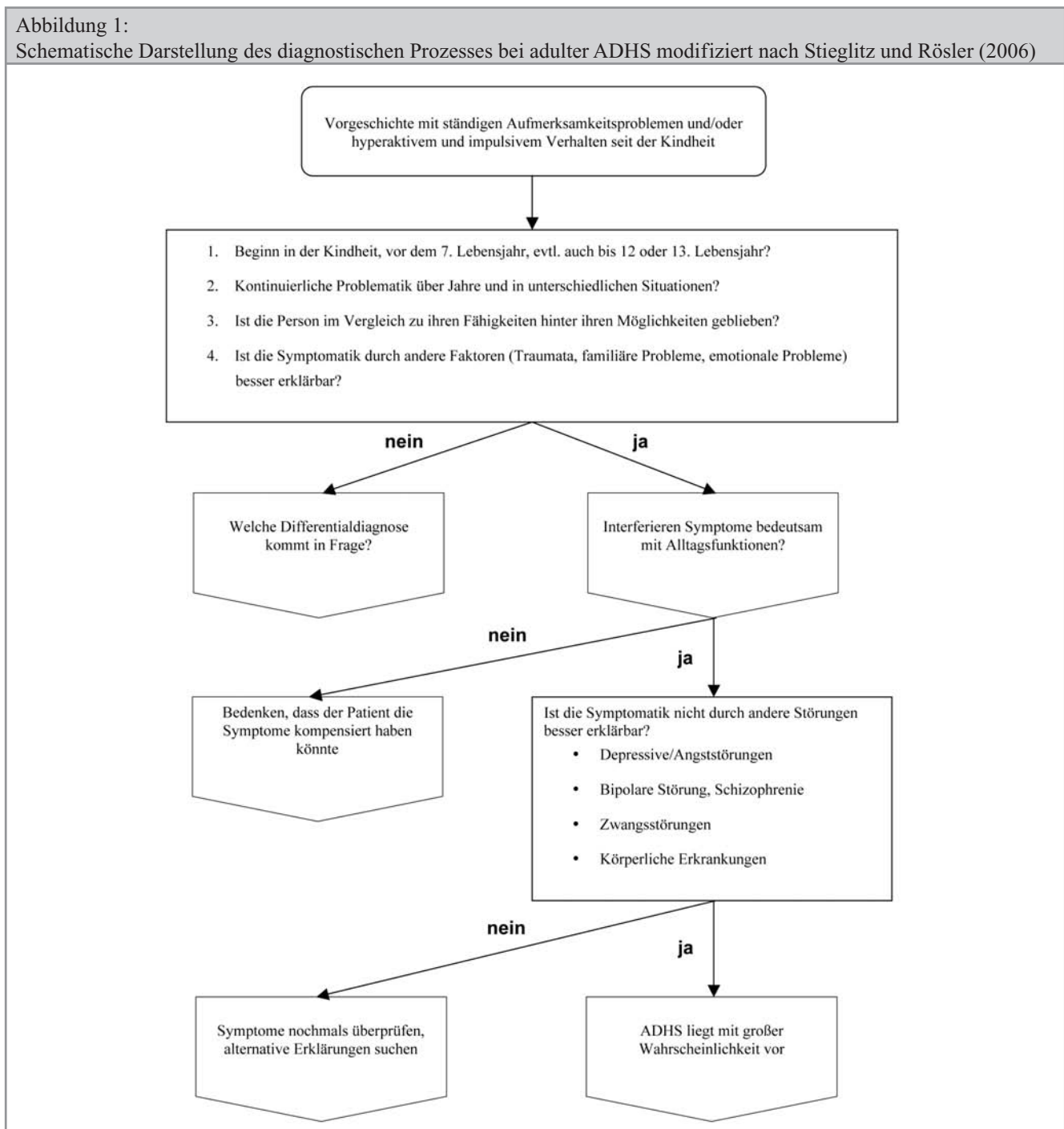
Adler LA, Spencer T, Faraone SA, Kessler R, Howes MJ, Biederman J, Sechnik K (2006): Validity of Pilot Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) to Rate Adult ADHD Symptoms. *Ann Clin Psychiatry* 18:145-148

American Psychiatric Association (1980, 1987, 1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd and 4th ed. Washington D.C.: APA

Barkley RA, Murphy KR (1998): *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Clinical Workbook*. New York: Guilford

Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K (2002): The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition disorder. *J Abnorm Psychol* 111:279-289

Abbildung 1:
Schematische Darstellung des diagnostischen Prozesses bei adulter ADHS modifiziert nach Stieglitz und Rösler (2006)



- 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* 45:92-202
- Baumann U, Stieglitz R-D (2001): Psychodiagnostik psychischer Störungen: Allgemeine Grundlagen. In: Stieglitz R-D, Baumann U, Freyberger HJ (Hrsg.): Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. Stuttgart: Thieme, S. 3-20
- Beck N, Krüger HP, Berglik W, Warnke A (1997): Erhöhtes Unfallrisiko hyperkinetischer Kinder im Erwachsenenalter. *MMW* 139:376-378
- Biederman J (2004): Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 65 (suppl. 3):3-7
- Biederman J, Mick E, Faraone S (2000): Age-dependent Decline of Symptoms of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of Remission Definition and Symptom Type. *Am J Psychiatry* 157:816-818
- Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T, Wilens TGE, Macpherson HA, Faraone SV (2008): Stimulant therapy and risk for subsequent substance use disorder in male adults with ADHD: a naturalistic controlled 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 165:597-603
- Brown TE (1996): Brown Attention-Deficit Disorder Scales for Adolescents and Adults. San Antonio: The Psychological Corporation
- Conners CK, Ehrhard D, Sparrow D (1999): CAARS' Adult ADHD Rating Scales (CAARS). New York: Multi-Health Systems
- DuPaul G, Power T, Anastopoulos A, Reid R (1998): ADHD Rating Scale, IV: Checklist, norms, and clinical interpretation. New York: Guilford
- Eakin L, Minde K, Hechtman L, Ochs E, Krane E, Bouffard R, Greenfield B, Looper K (2004): The marital and family functioning of adults with ADHD and their spouses. *J Attention Disorder* 8:1-10
- Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, Doyle AE (2000): Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biol Psychiatry* 48: 9-20
- Kaya A, Taner Y, Guclu B, Taner E, Kaya Y, Bahcivan HG, Benli IT (2008): Trauma and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Int Med Res* 36:9-16
- Leibson SL, Katusic SK, Barbaresi WJ, Ransom J, O'Brien PC (2001): Use and costs of medical care for children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA* 285:60-66
- Mannuzza S, Klein RG, Klein DF, Bessler A, ShROUT P (2002): Accuracy of Adult Recall of Childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry* 159:1882-1889
- Minde K, Eakin L, Hechtman L, Ochs E, Bouffard R, Greenfield B, Looper K (2003): The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD. *J Child Psychol Psychiatry* 44:637-646
- Murphy KR, Gordon M (1998): Assessment of adults with ADHD. In: Barkley RA (ed.): Attention-deficit hyperactivity disorder. New York: Guilford, pp. 345-369
- 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
- Philipsen A, Limberger MF, Lieb K, Feige B, Kleindienst N, Ebner-Priemer U, Barth J, Schmahl C, Bohus M (2008): Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in Borderline-Personality disorder. *Br J Psychiatry* 192:118-123
- Retz-Junginger P, Retz W, Blocher D, Weijers HG, Trott GE, Wender PH, Rösler M (2002): Wender Utah Rating S (WURS-k): Die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Nervenarzt* 73:830-838
- Retz-Junginger P, Retz W, Blocher D, Stieglitz RD, Supprian T, Wender PH, Rösler M (2003): Reliabilität und Validität der Wender-Utah-Rating-Scale-Kurzform. *Nervenarzt* 74:987-993
- Retz-Junginger P, Retz W, Schneider M, Schwitzgebel P, Steinbach E, Hengesch G, Rösler M (2007): Der Einfluss des Geschlechts auf die Selbstbeschreibung kindlicher ADHS-Symptome. *Nervenarzt* 78:1046-1051
- Rösler M, Retz W (2007): Sozialmedizinische Aspekte der ADHS der ADHS. *Psychoneuro* 33:390-394
- Rösler M, Retz W (2008): ADHS, Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Delinquenz. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 56:121-132
- Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P, Thome J, Supprian T, Nissen T, Stieglitz R-D, Blocher D, Hengesch G, Trott G-E (2004): Instrumente zur Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter: Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB) und Diagnose-Checkliste (ADHS-CL). *Nervenarzt* 75:888-895
- Rösler M, Retz W, Thome J, Schneider M, Stieglitz R-D, Falkai P (2006): Psychopathological rating scales for diagnostic use in adults with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256 (Suppl. 1):3-11
- Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P, Stieglitz RD, Kessler H, Reimherr F, Wender PH (2008a): ADHS-Diagnose bei Erwachsenen. *Nervenarzt* 79:320-327
- Rösler M, Retz-Junginger P, Retz W, Stieglitz RD (2008b): HASE – Homburger ADHS Skalen für Erwachsene. Göttingen: Hogrefe
- Schlender M (2004): ADHS: Ökonomische Relevanz neuer therapeutischer Optionen aus der Perspektive niedergelassener Pädiater und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland. DGKJ, www.michaelschlender.com
- Sobanski E, Brüggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, Philipsen A, Rietschel M (2007): Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 257:371-377
- Sobanski E, Sabljic D, Alm B, Skopp G, Kettler N, Mattern R, Strohecker-Kühner P (2008): Driving-related risks and impact of methylphenidate treatment on driving in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *J Neural Transm* 115:347-356
- Stieglitz RD, Rösler M (2006): Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *ZPPP* 54:87-98
- Strohecker-Kuehner P, Sobanski E, Skopp G, Mattern R, Alm B (2006): ADHS und Fahreignung. *Z Verkehrssicher* 1:18-22
- Swenson AR, Birnbaum HG, Secnik K, Marychenko M, Greenberg P (2003): Attention deficit/hyperactivity disorder: increased costs for patients and their families. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42:1415-1423
- Wender PH (1995): Adult attention deficit hyperactivity disorder. Oxford: University Press
- Woo BS, Rey JM (2005): The validity of the DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 39:344-353

■ Korrespondenzadresse

Prof. Michael Rösler
 Universitätsklinikum des Saarlandes, Neurozentrum
 Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie
 66421 Homburg/Saar
 michael.roesler@uks.eu, Tel.: 06841-1626350