

9 Angststörungen und Komorbidität mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter

Barbara Alm und Esther Sobanski

Einleitung

Es ist hinreichend bekannt, dass bei vielen Patienten mit Angststörungen Komorbidität mit einer oder mehreren anderen psychischen Störungen besteht. Die Komorbidität von Angststörungen und depressiven Störungen ist häufig, in epidemiologischen Studien (Kessler u. McGonagle 1994; Wittchen et al. 2000) zeigte sich, dass bei ca. 60% der Patienten mit Angststörungen zusätzlich eine Depression besteht. Das Risiko an einer Depression zu erkranken, ist bei Angstpatienten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung somit deutlich erhöht. Die Frage nach dem zeitlichen Auftreten der komorbiden Störungen wurde ebenfalls in diesen Studien untersucht. Diese ergaben, dass Angststörungen in 70% dem depressiven Syndrom vorausgehen. Nur bei einem geringen Teil besteht ein gleichzeitiger Beginn beider Störungen bzw. die Depression geht der Angststörung voraus. Auch das Risiko, an einer Substanzabhängigkeit zu erkranken, ist erhöht. So liegt bei 25–40% der Angstpatienten eine Abhängigkeit von Medikamenten und Alkohol oder illegalen Drogen vor. Andere Komorbiditäten sind weniger untersucht, hier variieren die Häufigkeitsangaben, z. B. bei Persönlichkeitsstörungen zwischen 20–60%. Gut hingegen ist auch die Komorbidität mit dem Vorliegen einer zweiten Angststörung untersucht. Hier ergeben sich Komorbiditätsraten zwischen 30 und 80% für das Vorliegen einer oder auch mehrerer Angststörungen. Wittchen (1991) fand z. B. in einer Längsschnittstudie, dass nur 14% der Panikpatienten keine Komorbidität mit weiteren Angststörungen aufwiesen.

Eine Störung, die in der Psychiatrie und Psychotherapie zunehmendes klinisches und wissenschaftliches Interesse findet, ist die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) des Erwachsenenalters. In verschiedenen Studien wird eine Komorbidität von ADHS und Angststörungen bei 30–50% der erwachsenen Patienten mit Angststörungen beschrieben (Biederman et al. 1993; Kessler et al. 2004). Da beide Störungen mit erheblichen psychopathologischen Auffälligkeiten einhergehen und zu deutlichen psychosozialen Beeinträchtigungen mit reduziertem Selbstwertgefühl und verminderter Lebensqualität führen können, soll im Folgenden näher auf die ADHS des Erwachsenenalters eingegangen und der aktuelle Wissensstand zur Komorbidität beider Störungen dargestellt werden.

ADHS bei Erwachsenen: Aktueller Kenntnisstand

Mittlerweile ist bekannt, dass ADHS im Erwachsenenalter eine häufige Störung ist. Eine kürzlich veröffentlichte epidemiologische Feldstudie ergab eine Prävalenz von 4,4% im Erwachsenenalter (Kessler et al. 2004). Damit ist die Störung weit häufiger

und für die psychiatrische Versorgung von größerer Bedeutung als bisher angenommen (Sobanski u. Alm 2004, Krause u. Krause 2005).

ADHS beginnt im Kindesalter, die Prävalenz liegt in dieser Altersgruppe bei 3–5% (Faraone et al. 2003). Bei etwa 50% setzt sich die Störung bis ins Erwachsenenalter fort (Faraone et al. 2000). Die Studienlage weist auf eine hohe Komorbidität (ca. 50–60%) mit weiteren psychiatrischen Störungen wie affektiven Erkrankungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen hin (Biederman u. Faraone 1993). Auch zeigte sich, dass erwachsene Patienten mit ADHS im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen in vielen Lebensbereichen wie Ausbildung, Arbeit und Partnerschaft ein deutlich geringeres Funktionsniveau aufweisen (Barkley 2002).

2003 sind von einer Expertenkommission deutschsprachige Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der ADHS im Erwachsenenalter veröffentlicht worden (Ebert et al. 2003). Auch diese stellen dar, dass die Störung häufig ist und zu erheblichen psychischen und sozialen Beeinträchtigungen führen kann.

Klinik

Die Symptomatik der ADHS wird in zwei Kernbereiche eingeteilt:

1. Störung der Aufmerksamkeit,
2. Hyperaktivität/Impulsivität.

Zur Diagnose werden im DSM-IV (APA 1994) jeweils 9 Symptome aufgeführt, die kennzeichnend für ADHS sind (Tab. 9.1). Allerdings sind diese Kriterien für das Kindesalter konzipiert und beschreiben die für diese Altersgruppe typischen Symptome. Adaptierte Diagnosekriterien für das Erwachsenenalter existieren noch nicht, für Erwachsene müssen die Symptome in modifizierter Form angewandt werden.

Zur Diagnostik der ADHS wird eine bestimmte Anzahl der genannten Symptome (mindestens 6 von 9) gefordert, das zeitstabile, situationsübergreifende Auftreten von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter, Funktionseinschränkungen in mindestens zwei Lebensbereichen (wie Ausbildung, Beruf, Partnerschaft) und der Ausschluss anderer Erkrankungen, anhand derer die ADHS-Symptomatik erklärt werden könnte. Anhand der Symptom-Cluster können 3 verschiedene Subtypen unterschieden werden,

- der unaufmerksame Typ,
- der kombinierte Typ und
- der eher selten auftretende hyperaktiv/impulsive Typ.

Bei einem Teil der Patienten sind die Kriterien nicht mehr vollständig zu erheben, diese werden als Residualtyp diagnostiziert.

Neben den o. g. Kernsymptomen sind weitere Symptome der ADHS

- eine affektive Instabilität,
- desorganisiertes Verhalten und
- eine Störung der Affektkontrolle.

Von Wender und Mitarbeitern (2001) stammen die Utah-Kriterien, die neben den Kernsymptomen auch die Bedeutung der affektiven Symptome für das Erwachsenenalter beschreiben (Tab. 9.2).

Tabelle 9.1 Diagnostische Kriterien der ADHS nach DSM-IV

Einige Symptome treten bereits vor dem 7. Lebensjahr auf.
 Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen, z. B. in der Schule, am Arbeitsplatz, zu Hause.
 Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit vorhanden sein.
 Die Symptome können nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden, z. B. affektive Störungen, Angststörungen, dissoziative Störungen oder Persönlichkeitsstörungen.

Unaufmerksamkeit

- Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler.
- Hat oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten.
- Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere sie/ihn ansprechen.
- Hält häufig Anweisungen anderer nicht durch und kann Arbeiten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen.
- Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben zu organisieren.
- Hat eine Abneigung gegen Aufgaben, die länger dauernde geistige Anstrengung erfordern.
- Verliert häufig Gegenstände, die sie/er für Aktivitäten benötigt.
- Lässt sich öfter durch äußere Reize ablenken
- Ist bei Alltagsaktivitäten häufig vergesslich

Hyperaktivität

- Zappelt häufig mit Händen oder Füßen und rutscht auf dem Stuhl herum.
- Steht in der Klasse oder in anderen Situationen, in denen sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf.
- Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben).
- Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.
- Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre sie/er getrieben.
- Redet häufig übermäßig viel.

Impulsivität

- Platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.
- Kann nur schwer warten, bis sie/er an der Reihe ist.
- Unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein).

Bei der klinischen Exploration berichten Patienten mit ADHS über Probleme, ihre Aufmerksamkeit zu fokussieren, schildern sich als ablenkbar, vergesslich und desorganisiert. Trotz ausreichender intellektueller Begabung werden in Ausbildung und Beruf oft schlechtere Leistungen als erwartet erbracht. Die Aufmerksamkeitsstörung kann zu Störungen in sozialen Interaktionen führen, insbesondere zu Partnerschaftskonflikten. Die bei Kindern auftretende ausgeprägte motorische Unruhe nimmt im Erwachsenenalter häufig ab, bestehen bleibt aber bei vielen Patienten eine innere

Tabelle 9.2 Wender-Utah-Kriterien für ADHS im Erwachsenenalter: Für eine Diagnose im Erwachsenenalter müssen Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität zusammen mit zwei weiteren Symptomen vorhanden sein

Aufmerksamkeitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> – Unvermögen, Gesprächen aufmerksam zu folgen – erhöhte Ablenkbarkeit – Schwierigkeit, sich auf schriftliche Dinge oder Aufgaben zu konzentrieren – Vergesslichkeit
motorische Hyperaktivität	<ul style="list-style-type: none"> – innere Unruhe – Unfähigkeit, sich zu entspannen, – Unfähigkeit, sitzende Tätigkeiten durchzuführen – dysphorische Stimmungslage bei Inaktivität
Affektlabilität	<ul style="list-style-type: none"> – gekennzeichnet durch den Wechsel zwischen neutraler und niedergeschlagener Stimmung und leichtgradiger Erregung – Dauer von einigen Stunden bis maximal einigen Tagen
desorganisiertes Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> – unzureichende Planung und Organisation von Aktivitäten – Aufgaben werden nicht zu Ende gebracht
Affektkontrolle	<ul style="list-style-type: none"> – andauernde Reizbarkeit, auch aus geringem Anlass – verminderte Frustrationstoleranz und kurze Wutausbrüche
Impulsivität	<ul style="list-style-type: none"> – Unterbrechen anderer im Gespräch – Ungeduld – impulsiv ablaufende Einkäufe – Unvermögen, Handlungen im Verlauf zu protrahieren
emotionale Überreagibilität	<ul style="list-style-type: none"> – Unfähigkeit, adäquat mit alltäglichen Stressoren umzugehen – die Patienten beschreiben sich selbst häufig als schnell gestresst

Unruhe und ein erhöhtes Bewegungsbedürfnis. Hinzu kommt eine emotionale Instabilität mit kurzen depressiven Stimmungseinbrüchen oder Angstgefühlen. Das Selbstwertgefühl ist in der Regel beeinträchtigt.

Funktionsbeeinträchtigungen

Der Verlauf der Erkrankung im Erwachsenenalter ist auch bei geringerer Symptomatik oft kompliziert. Erwachsene Patienten mit ADHS berichten über Scheitern in vielen Lebensbereichen (Schulbildung, Ausbildung, berufliche Laufbahn, gescheiterte Beziehungen, soziale Interaktionsprobleme) und über ein deutlich verringertes Selbstwertgefühl, häufig verbunden mit dem Gefühl, ihre Begabungen nicht genutzt zu haben. Auch werden häufiger Probleme im Straßenverkehr (Unfälle, Strafzettel) und Delinquenz beschrieben.

Aber ADHS hat nicht nur negative Seiten. Personen mit ADHS haben zahlreiche Ressourcen, sie werden als neugierig, kreativ und offen beschrieben, sind oft beliebt und haben die Fähigkeit zum Multitasking.

Komorbidität

Bisher vorliegende Studien gehen von einer hohen Komorbidität mit anderen psychischen Störungen aus. In klinischen Studien (Biederman et al. 1993; Spencer 2004) und einer neueren epidemiologischen Studie (Kessler et al. 2004) werden hauptsächlich Komorbidität mit Depression (40–45%), Angststörungen (30–60%), antisozialer Persönlichkeitsstörung (10%) und Substanzabhängigkeit (35–50%) beschrieben, in der Diskussion sind die bipolaren Störungen (Wilens et al. 2003a) und die Borderline-Persönlichkeitsstörung (Philipsen et al. 2004). Lediglich 40% der erwachsenen ADHS-Patienten hatten keine komorbide Störung. Es wird diskutiert, dass Komorbidität mit erhöhter psychosozialer Beeinträchtigung einhergeht, u. a. mit Schul- und Ausbildungsproblemen, Substanzabhängigkeit und Delinquenz.

Diagnostik

ADHS ist eine klinische Diagnose, die mittels einer ausführlichen klinischen Untersuchung gestellt wird. Eine testpsychologische Untersuchung kann ergänzend zur Erhöhung der diagnostischen Sicherheit durchgeführt werden. Genau erfragt werden müssen hierbei aktuelle und frühere ADHS-Symptome, Beginn und genauer zeitlicher Verlauf, kontextübergreifendes Auftreten der Symptome, Schul- und Ausbildungszeit, Beruf und Partnerschaft, Familienanamnese, Substanzanamnese und körperliche Erkrankungen. Mittlerweile gibt es standardisierte Symptomskalen, z. B. WURS-k, Wender-Reimherr-Interview (Retz-Junginger et al. 2002; Rösler et al. 2004), die auch ins Deutsche übersetzt und validiert sind bzw. derzeit validiert werden. Eine körperliche Untersuchung und eine Laboruntersuchung sind zum Ausschluss organischer Ursachen ergänzend erforderlich.

Ursachen

Bisherige Forschungsergebnisse lassen vermuten, dass sowohl neurobiologische als auch psychosoziale Faktoren den Krankheitsverlauf beeinflussen (Faraone 2004). Familien- und Adoptionsstudien zeigen, dass bei eineiigen Zwillingen in 60–80% beide Geschwister von der Störung betroffen sind. Der genetische Anteil der Störung wird auf 80% geschätzt, wobei eine polygenetische Verursachung angenommen wird. In molekulargenetischen Studien wurden bisher mehrere Kandidaten-Gene gefunden, die hauptsächlich das dopaminerge System betreffen. Neuropsychologische Erklärungsmodelle gehen davon aus, dass ADHS eine Störung der Informationsverarbeitung darstellt, die zu einer Fehlregulation in der Verhaltenssteuerung führen kann. ADHS wird als eine Störung der exekutiven Funktionen beschrieben, worunter in erster Linie eine Störung verschiedener Aufmerksamkeitsprozesse bezeichnet wird (u. a. selektive Aufmerksamkeit, geteilte Aufmerksamkeit und Daueraufmerksamkeit; Barkley 1997).