

ADHS-Kinder werden erwachsen

Jugendzeit mit ADHS verlangt Geduld

ULRICH KOHNS

Das Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) hört mit der Pubertät nicht einfach auf. Viele der Symptome bleiben bei den jugendlichen Patienten bestehen oder aber verändern sich. Die Diagnostik und Betreuung der Jugendlichen ist nicht weniger aufregend als die von Kindern.

Die Zeit zwischen Kindheit und Erwachsensein scheint als problematische Zeit zur Entwicklung des Menschen zu gehören. Wesentliche hirnrnorganische Umbauprozesse in der Phase der Adoleszenz zwischen dem 10. und 25. Lebensjahr führen zunächst zur Verschlechterung vieler Funktionen: Zunahme des Triebdrucks, Wahllosigkeit oraler Befriedigungsmuster, die narzisstische Suche nach Bindung, Sexualität und

Idealen, lautes Ausagieren, extreme Empfindsamkeit, Selbstüber- und -unterschätzung sowie Neigung zur Selbstdarstellung und Intellektualisierung. Diese Phase dauert an, bis sich später Geschlechterrolle und soziale Rolle stabilisieren [3]. In keiner anderen Lebensphase sind Selbstregulationsfähigkeit und Empathiefähigkeit schlechter. Die gleichzeitige emotionale Instabilität geht mit Zunahme negativer Affekte, Selbstwert-

problemen bis hin zur Suizidalität und Störung der Identität einher. Dies führt zu Risikoverhalten und hoher Konfliktintensität.

Von diesen Umbrüchen sind Jugendliche mit ADHS besonders betroffen. Denn ihre Störungen der automatisierten, nicht willentlichen Selbstregulation von Aufmerksamkeit, Affekten und Motivation, des planerischen und problemlösenden Denkens und der automatisierten Verhaltenshemmung verschärfen die Folgen entwicklungsbedingter Umbrüche der Adoleszenz. Statt interferierende Handlungstendenzen zu unterdrücken, negative Emotionen zu regulieren und Stressverarbeitungsmodalitäten einzuschalten, können dominante Handlungsimpulse nicht gehemmt

**Kinder werden größer,
die Probleme einer
ADHS-Erkrankung
manchmal auch.**



Symptome bei Jugendlichen mit ADHS

Tabelle 1

— Verminderung der motorischen Unruhe Unruhe weniger offensichtlich und sozial störend, eher in Leistungssituationen
— hohes Aktivitätsniveau „innere Unruhe“, „wie getrieben“, unfähig zur Entspannung, Vermeiden ruhiger Tätigkeiten, fehlender Stressabbau
— Aufmerksamkeitsprobleme anfällig für unterschiedliche Reize, leicht abzulenken, Desorientierung wie „Weitwinkeloptik“, Gedankenhüpfen
— Mangel an Selbstorganisations- und Problemlösungsfähigkeit Entscheidungsschwierigkeiten, Mangel an Selbständigkeit bei Aufgabenübernahme, defizitäre Arbeitsplanung, -ausführung, -vollendung („Chaos“)
— Zunahme der Störung in der Impulskontrolle Mangel antizipatorischer Handlungskompetenz, verschiedene Suchtverhalten, „hastig, unbeherrscht, explosiv“, „von der Hand in den Mund“, erhöhte Risikobereitschaft
— Zunahme emotionaler Instabilität Affektlabilität aller Qualitäten, Affektausbrüche, „Auf und Ab“, emotional unplanbar, Beziehungsstörungen

und laufende Handlungen nicht unterbrochen werden [2].

Verschiebung und Persistenz der Symptome

Während der Adoleszenz kommt es zu einer Verschiebung vieler Symptome (Tabelle 1). Langzeitstudien mit Verlaufskontrollen bei ADHS-Betroffenen zeigen aber auch, dass viele Funktionsbeeinträchtigungen bis zum 21. Lebensjahr und darüber hinaus persistieren [1]. Lern- und Leistungsprobleme führen zu niedrigeren Ausbildungsabschlüssen, Konflikten am Arbeitsplatz, häufige Stellenwechsel und Entlassungen sowie längere Arbeitslosigkeit. Auch das erhöhte Risikoverhalten beispielsweise beim Autofahren und im Sexualverhalten bleibt nicht folgenlos: gehäufte Unfälle, Verletzungen, Strafen, Führerscheinverluste, Sexualerkrankungen durch erhöhte Zahl an Sexualpartnern sowie ungewollte Frühschwangerschaften und Schwangerschaften.

Neben einer erhöhten Anfälligkeit für Nikotin-, Drogen- und Alkoholmissbrauch kommen depressive Störungen, Angststörungen und dissoziale Störungen häufiger vor als für das Alter üblich [4]. Erfolglosigkeit und Beziehungsstörungen belasten die Identitätsentwicklung, ziehen gehäuft soziale Desintegration, Dissozialität und Kriminalität nach sich. Die Entwicklung von Persönlichkeitsstörung

wird begünstigt. Der Problemwechsel lässt andere Diagnosen in den Vordergrund treten (Diagnose-Shift) und die zugrunde liegende Kernproblematik ADHS bleibt nicht selten hinter der Akutproblematik unerkannt.

Erschwerte Diagnostik

Die Störungen des Selbstkonzepts, der sozialen Wahrnehmung und der sozialen Anpassungsfähigkeit und die entwicklungsbedingten, pubertären Veränderungen erschweren die Diagnostik und Therapie bei von ADHS betroffenen Jugendlichen. Es besteht weder die Einsicht in ein Krank- oder Gestörtsein noch wird eingestanden, dass Bedarf an Diagnostik besteht. Gleichzeitig wird sich der Erziehungskontrolle und der Gesundheitsfürsorge der Eltern entzogen. Der von den Eltern zu Rate gezogene Kinder- und Jugendarzt wird als „Erfüllungsgehilfe“ oder „verlängerter Arm“ elterlicher Autorität abgelehnt und entwertet.

Voraussetzung für Diagnostik und Therapie ist eine sich gegenseitig akzeptierende Beziehung zwischen Arzt und Jugendlichen. Die Arzt-Patienten-Beziehung muss zumindest im Verlauf der Kontakte auf- und ausgebaut werden. Dazu trägt das folgende Vorgehen bei:

Erstkontakt mit Eltern: Der erste Kontakt zu den Eltern sollte ohne den Patienten stattfinden, um den Vorstellungs-

anlass und Motivation zu klären. Die biographische Anamnese des Patienten gibt Einblick in die Entwicklungsgeschichte und deren sozialen Bedingungen. Vorgelegte Dokumente früherer Untersuchungen, älterer Zeugnisse und aktuelles Schulmaterial, wie Hausaufgabenhefte, ergänzen die Angaben. Eine gründliche Anamnese der Eltern und weiterer Familienmitglieder ist wegen der bei mehr als zwei Drittel der Patienten existierenden genetischen Komponente des ADHS für die Diagnostik unverzichtbar.

Erstkontakt mit Patienten: Der erste Kontakt zum Patienten sollte alleine ohne Eltern stattfinden. Setting und Zeitplanung müssen dem Alter des Patienten angemessen sein und gut vorbereitet werden. Die notwendige Empathie gegenüber dem Patienten wird durch einen Gesprächseinstieg über Stärken, Hobbys und Erfolge bekundet. Die Problembewusstheit des Patienten ist durch Fragen zu gewünschten Veränderungen im Leben, zu günstigen oder ungünstigen Unterscheidungsmerkmalen zu Gleichaltrigen und zur Zukunftsaussicht erkenntlich. Weitere Themen im Gespräch sind Selbstorganisationsfähigkeit, Beziehungserfahrungen mit Eltern, Geschwistern und Freunden, Freund/Freundin, Medienkonsum, Schlafverhalten und Substanzmissbrauch sowie deren subjektive Einschätzung durch den Jugendlichen.

Fragebögen und Diagnosechecklisten sind als Vorabinformation oder zur Dokumentation nützlich und für eine zügige Untersuchung hilfreich. Evaluierbare Fragebögen tragen dazu bei, die subjektive Einschätzung des Untersuchers zu überprüfen. Selbstbefragungsbögen-HKS SBB-HKS, ADHS-Selbstbeurteilungsbogen ADHS-SB nach Rösler, Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ-selbst, SDQ-Eltern/-Lehrer, Fremdbefragungsbögen FBB-HKS-Eltern und -Lehrer sind evaluierte Materialien und störungsspezifisch. Die Child-Behavior-Checkliste für Eltern/Patienten und der Youth-Self-Report ergänzen die störungsspezifische Untersuchung. Mit zunehmenden Alter erfassen Fragebögen und Symptomchecklisten für Erwachsene – teilweise standardisiert – die Störungen

besser: Wender-Utah-Rating-Scale (WURS), Conners-Adult-Rating-Scale (CAARS) und ADHS-Fragebogen Erwachsene ADHS-E nach Rossi.

Fremdbefragungen dürfen nur mit Einverständnis des Jugendlichen durchgeführt werden und müssen sich auf wenige Personen beschränken. Die Fragebögen, von Eltern und Jugendlichen immer getrennt ausgefüllt, unterliegen dem Gebot der Verschwiegenheit. Zu beachten ist, dass die positive Korrelation der Ergebnisse der Fragebögen zum Störungsausmaß bis zum 21. Lebensjahr bei Eltern-/Fremdbefragung deutlich höher ist als bei Selbstbefragung [1]. Außerdem gilt: Fragebögen allein stellen keine Diagnose.

Untersuchung: Es gibt keinen Nachweistest für ADHS. Notwendig sind eine körperliche Untersuchung, neurofunktionelle Befunderhebung und bei Vorliegen einer Indikation Testuntersuchungen wie Intelligenztest, psychometrische Tests (Aufmerksamkeitstests als D2-, Qb- oder TAP-Test) und Teilleistungstests. Diese sind für die differenzialdiagnostische Abwägung bedeutsam. Testverlauf und Testverhalten des Patienten können zur Aufdeckung von ADHS-Kernsymptomen beitragen. Technische Untersuchungen wie Blutuntersuchungen, EEG, CT u. a. sind einer gezielter Fragestellungen vorbehalten, die sich aus der Exploration ergeben.

Verhalten: Das Fehlen von Symptomen in der Untersuchung ist kein Hinweis auf das Fehlen von ADHS! Dagegen hilft die Beobachtung des Verhaltens des Patienten während der Gesprächskontakte, den Untersuchungen und bei den gemeinsamen Kontakten mit Eltern und Patient störungsspezifisches Verhalten und störungsrelevante Interaktionsmuster zu erkennen. Die Untersuchung des Patienten und der Bezugspersonen und die Verhaltensbeobachtungen sind die für die Diagnose bedeutsamsten Maßnahmen der Diagnostik.

DD bei Erstvorstellung

Die Differenzialdiagnose des ADHS bei Erstvorstellung im Jugendalter ist umfangreich: Traumatische ZNS-Schädigung der Frontalhirnregion, ZNS-Defekte, z. B. durch Tumoren, ZNS-Infek-

tionen, z. B. durch Virusinfektionen oder Borreliose, neurodegenerative Erkrankungen, Anfallsleiden oder endokrinologische Störungen können zu ADHS-Kernsymptomen führen. Symptomüberschneidungen gibt es zusätzlich mit Sozialverhaltensstörung, Angststörung, agierter Depression, antisozialer Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeit, Manie, Medikamentennebenwirkung oder Substanzmissbrauch.

Therapie nur mit der Bereitschaft des Patienten

Voraussetzung für die Therapie der ADHS im Jugendalter ist der Therapiewunsch oder die Therapiebereitschaft des Jugendlichen. Beide werden entwicklungs- und krankheitsbedingt vom Jugendlichen in der Regel jedoch zunächst nicht zugelassen oder geäußert. Das Streben nach Autonomie mit dem Anspruch auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortung steht im Widerspruch zur elterlichen Einflussnahme und zur Hinnahme ärztlicher Verordnung. Der Mangel an realistischer Selbsteinschätzung, das fehlende Bewusstsein für die Störung und mangelnde Akzeptanz der Erkrankung, die alterstypische Verweigerung der Einsicht in eine Diagnose und Therapienotwendigkeit und der bei allen chronisch kranken Jugendlichen häufige Mangel an Compliance erschweren die Therapie. Zusätzlich sind die verbreiteten, im Schulunterricht nicht üblichen Vorurteile über Psychopharmaka, die notwendige Medikamententitrierung oder -aufdosierung und später die bestehenden Zulassungsbeschränkungen für Methylphenidat (MPH) und Atomoxetin der Therapiebereitschaft hinderlich.

Eine tragende (therapeutische) Beziehung zum Patienten zu schaffen, ist vorrangiges Ziel. Sie ist für Erfolg und Dauer der Therapie notwendig. Dazu ist eine altersgerechte Intervention in Sprache und Setting wichtig. Zu einer Störungs-/Krankheitseinsicht kann ein schlüssiges, akzeptierbares Stör-/Krankheitskonzept über hirnorganische Hintergründe der ADHS mit den Auswirkungen auf den Betroffenen selbst, auf seine Beziehungen und auf seine Leistungsmöglichkeiten hinführen. Wenn die Therapie-notwendigkeit akzeptiert ist, sollten die

Festlegung der Therapieziele, die selbst bestimmte Wahl der Therapieform und die Einwilligung auch zu einer zeitlich befristeten, „versuchsweisen“ Therapie möglich sein. Das Fehlen von Zwang und die Möglichkeit der Kompromissbildung bauen eine länger dauernde Therapiebereitschaft und -beziehung auf.

Nicht medikamentöse Therapie

Die nicht medikamentösen, patientorientierten Therapien – entweder alleine oder eine Pharmakotherapie begleitend – werden in Form eines Coaching einzeln oder in Gruppen angeboten. Dabei werden Ressourcen offengelegt und versucht, diese besser einzusetzen, die emotionale Sicherheit wird gestört, Problemlösungstrainings wie Sozialkompetenz-, Antiagressions- und Selbstorganisationstraining, Training von Lern- und Leistungsstrategien und Verhaltenstherapie als Kognitions- oder Selbstinstruktionstraining angeboten.

Außerfamiliäre, vorübergehende oder dauerhafte weitere Maßnahmen können notwendig sein, wie Erziehung in Tagesgruppen, tagesklinische oder vollstationäre Betreuung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Fremdunterbringung. Die nicht medikamentösen, familienorientierten Therapien können Erziehungsberatung und systemische Familientherapie wie auch Erziehungsbeistand, sozialpädagogische Familienhilfe oder flexible Familienhilfe als vom Jugendamt eingeforderte Jugendhilfemaßnahmen sein. Die Wahl der Maßnahme wird vor allem von der Komplexität des ADHS aufgrund ihrer Komorbidität, den familiären Ressourcen und den örtlichen Angeboten bestimmt.

Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie mit MPH ist weltweit die am längsten und am besten untersuchte Behandlung bei ADHS. Sie ist der in Leitlinien zur Behandlung der ADHS eingeführte Standard der medikamentösen Therapie und in der Mehrzahl der Fälle auch im Jugendalter unverzichtbarer Bestandteil der Therapie. MPH-Retardpräparate haben die Therapiemöglichkeiten wesentlich erweitert. Das Anforderungsprofil über den Tag, komorbide Störungen, die Compliance und die sozialen Bedingungen bestimm-

Methylphenidat-Präparate mit retardierter Freisetzung

Tabelle 2

Handelsname	Wirkstärke	Freisetzung sofort/verzögert	Wirkdauer (h)
Medikinet® retard	10, 20, 30, 40 mg in Kapseln	50%/50%	6–8
Equasym® Retard	10, 20, 30 mg in Kapseln	30%/70%	ca. 8
Concerta	18, 36, 54 mg in Kapseln	22%/78%	8–10

men die Auswahl des angemessenen Medikaments.

Nicht retardiertes, „immediately released“ MPH, wird zur Dosisfindung und zum kurzzeitigen, situationsabhängigen Einsatz verwendet. Einige Patienten kommen mit über den Tag mehrfach genommenem, nicht retardiertem MPH besser zurecht als mit Retardpräparaten.

Retardierte, „extended released“ MPH-Präparate haben durch verschieden hohe Anteile von retardiertem und nicht retardiertem MPH unterschiedlich lange Wirkdauer und Wirkprofile (Tabelle 2). Ihr Einsatz verhindert die Stigmatisierung durch häufige MPH-Einnahme, harmonisiert über viele Stunden die MPH-Wirkung und verbessert die Therapiebereitschaft und die Compliance. Jugendliche sind eher für eine einmalige Medikamenteneinnahme am Tag zu gewinnen und werden derzeit mehrheitlich mit MPH-Retardpräparaten behandelt. Symptompersistenz und Beeinträchtigung machen meist eine jahrelange Therapie über die Pubertät hinaus notwendig.

Die Therapie mit Atomoxetin als Nicht-Stimulanz erhöht wegen der einmaligen Einnahme am Tag und die über 24 Stunden gleichmäßige Wirkung gerade bei Jugendlichen die Therapiebereitschaft. Es wird in Leitlinien als Mittel der ersten Wahl bei Gefahr von Substanzmissbrauch in der Familie, Tic-Störung, Angststörung, Notwendigkeit einer 24-Stunden-Wirkung und Ablehnung von MPH bevorzugt. Seine Wirksamkeit auf die Kernsymptome ist mit der von MPH vergleichbar. In besonderen Fällen, wie bei komplexer Komorbidität, kann eine zusätzliche Gabe von retardiertem MPH am Morgen notwendig sein.

Fazit

Die Diagnostik und Therapie der ADHS im Jugendalter ist nicht weniger aufregend als bei Kindern. Die für das Jugendalter typischen Verhaltensmuster durch ADHS und die dem Alter angemessenen pubertären Konflikte machen die Betreuung von Jugendlichen mit ADHS nicht leicht und sind mit einem großen Zeitaufwand verbunden. Wenn dem Alter angemessen vorgegangen wird, eine fördernde Beziehung entstanden ist und zuverlässige Erfolge erreicht werden, ist sie eine äußerst zufriedenstellende Tätigkeit auch für den Kinder- und Jugendarzt. Jugendzeit mit ADHS ist aufregend – für Jugendliche, Eltern und Behandelnde. Sie verlangt Geduld.

Literatur

1. Barkley RA. ADHS – impact on mental health. Vortrag bei den 4. ADHS-Gesprächen. Düsseldorf, 12. Mai 2007
2. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull* 1997; 121: 65–94
3. Blos P. Adoleszenz. Klett-Cotta, Stuttgart 1992
4. Steinhausen HC. Hyperkinetische Störungen im Kindesalter. Kohlhammer, Stuttgart 1995

Dr. med. Ulrich Kohns

Sozialpädiatrische Praxis
Klarastr. 31
45130 Essen