

4.ADHS-Gipfel in Hamburg

Klaus-Ulrich Oehler

06-08.02.2009



Der Spiegel, 11.08.2003:

„Wie Ärzte und Pharma-Industrie neue Krankheiten erfinden“

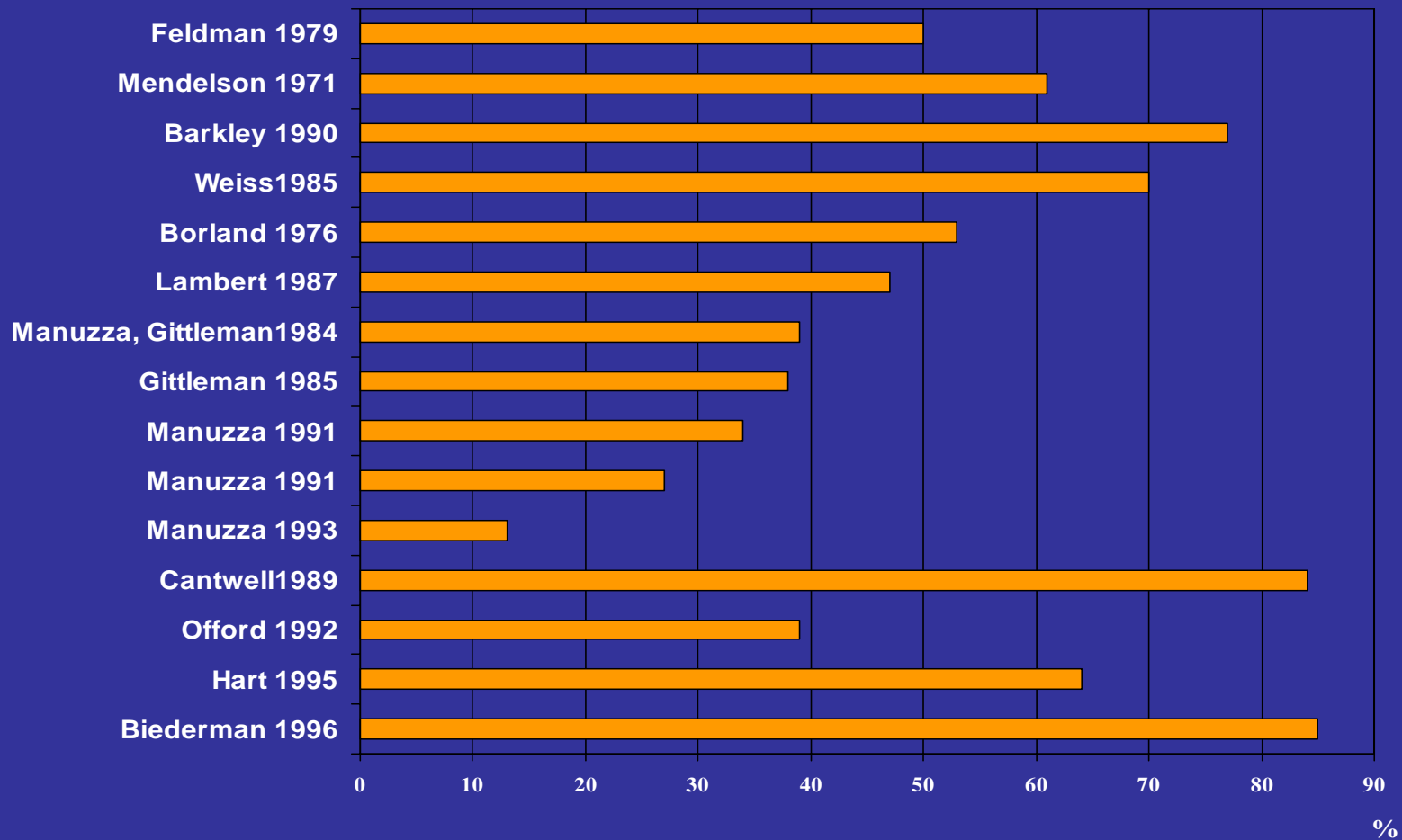
gut

ADHS in der Adoleszenz

Entwicklungspsychopathologie der ADHS

Säuglingsalter	Vorschulalter	Schulalter	Adoleszenz
			Schulprobleme
		niedriges Selbstbewusstsein	schwierige berufliche Integration
	Probleme in der Gruppe	Lernschwierigkeiten	Substanzmissbrauch
(Regulationsstörungen)	feinmotorische Schwierigkeiten	Verhaltensprobleme	ungewollte Schwangerschaft
(Beziehungsstörungen)	Verzögerung der Blasen- und Mastdarmkontrolle	soziale Ungeschicklichkeit	Suizidversuche
		impulsives Verhalten	Stimmungs labilität
		hohe Unfallhäufigkeit	komplexe Lernprobleme
			Demotivation
			hohe Unfallhäufigkeit

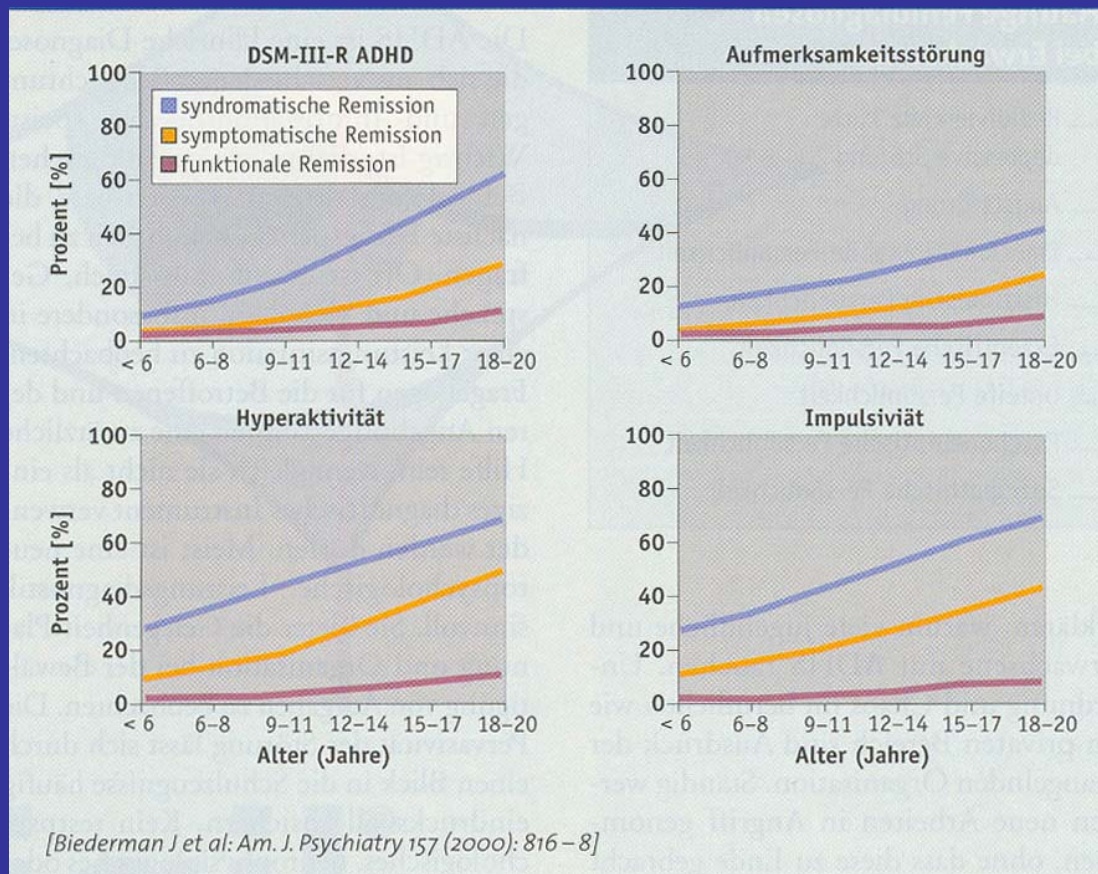
Persistenz von ADHS in Follow-up-Studien



gut

ADHS in der Adoleszenz

Alterstypischer Verlauf der Einzelsymptome



gut

ADHS in der Adoleszenz

Milwaukee-Studie (Barkley 1998)

Bei einer diagnostizierten ADHS im Alter von 8 Jahren fanden sich im Alter von 25 Jahren

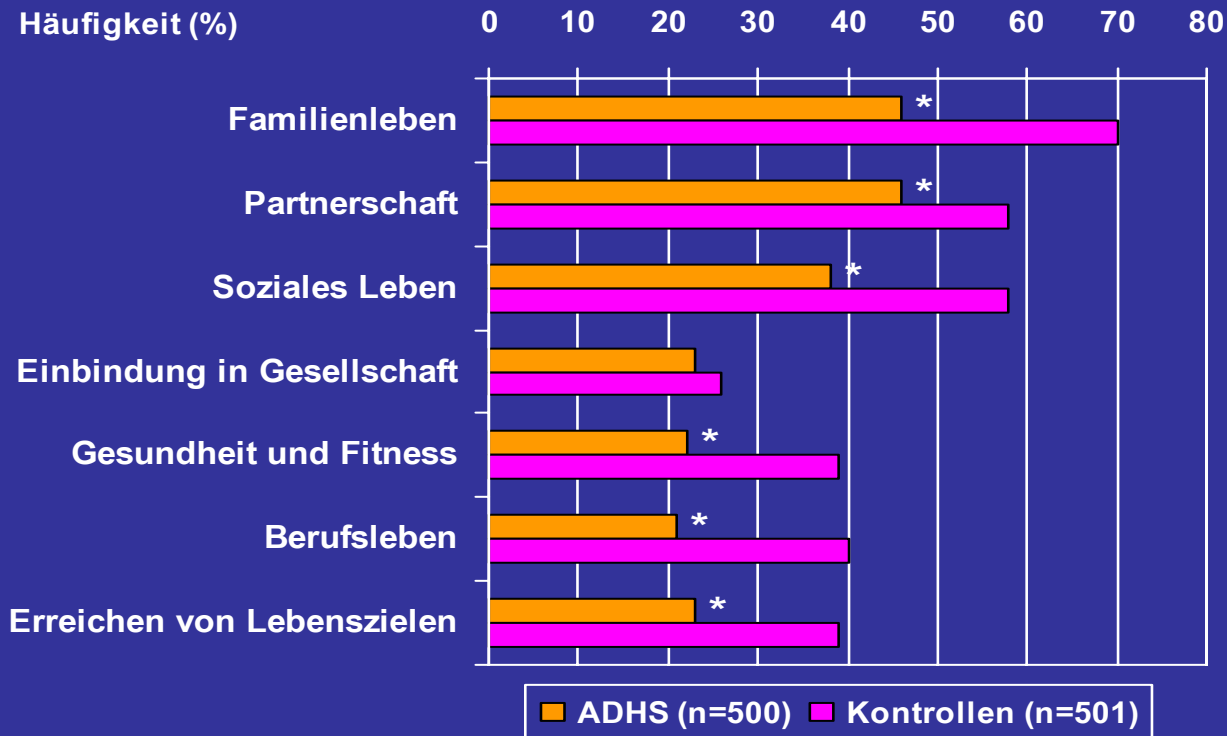
- häufigerer Arbeitsplatzverlust
- häufiger Rückkehr ins Elternhaus
- mehr Partnerschaftskrisen
- häufiger Suizidversuche
- mehr Kinder
- häufiger Vorstrafen
- häufiger finanzielle Probleme
- mehr Krankenhausaufenthalte
- häufiger Suchterkrankungen
- häufiger seelische Krisen

als bei gesunden Probanden

Prävalenz der ADHS

- Kindheit / Jugend	4 - 9 %
- Erwachsenenalter	
Follow-up-Studien Mannuzza et al. 1990, 1993; Weiss et al. 1984; Weiss und Hechtman 1993; Wender 1995)	10 - 30 % (- 60%)
College Studenten Heiligenstein et al. 1998)	4 %
Führerscheinbewerber (Murphy und Barkley 1996)	4,7 %
National Comorbidity Survey (NCS-R: Kessler et al. 2006)	4,4 %

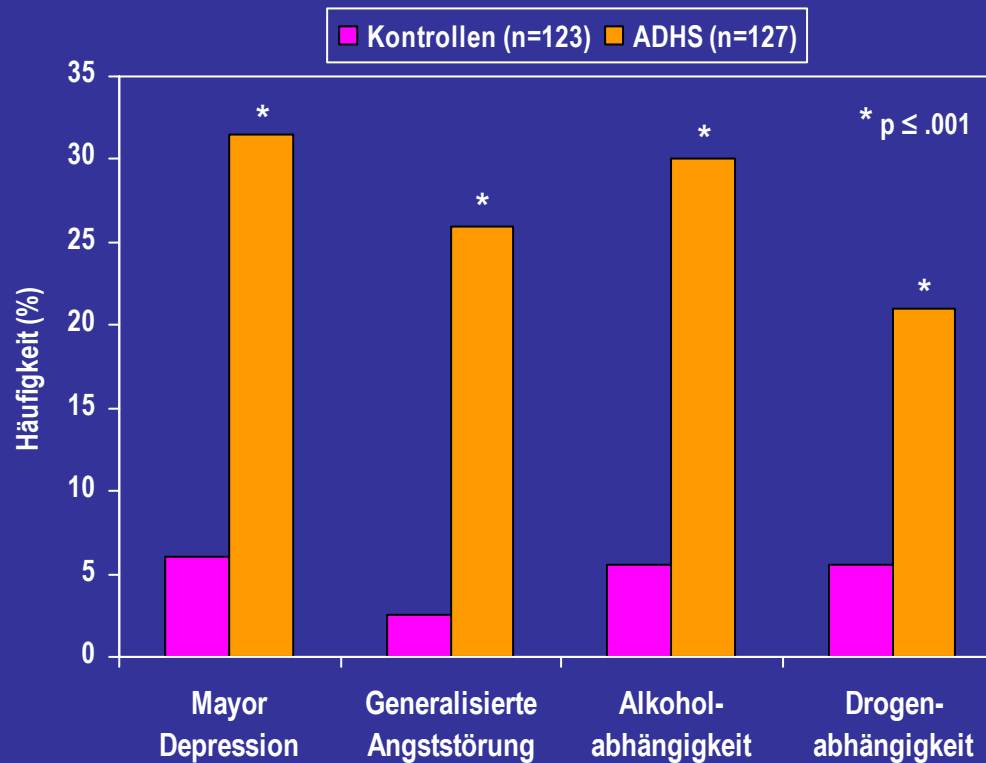
ADHS im Erwachsenenalter - Lebenszufriedenheit



gut

ADHS in der Adoleszenz

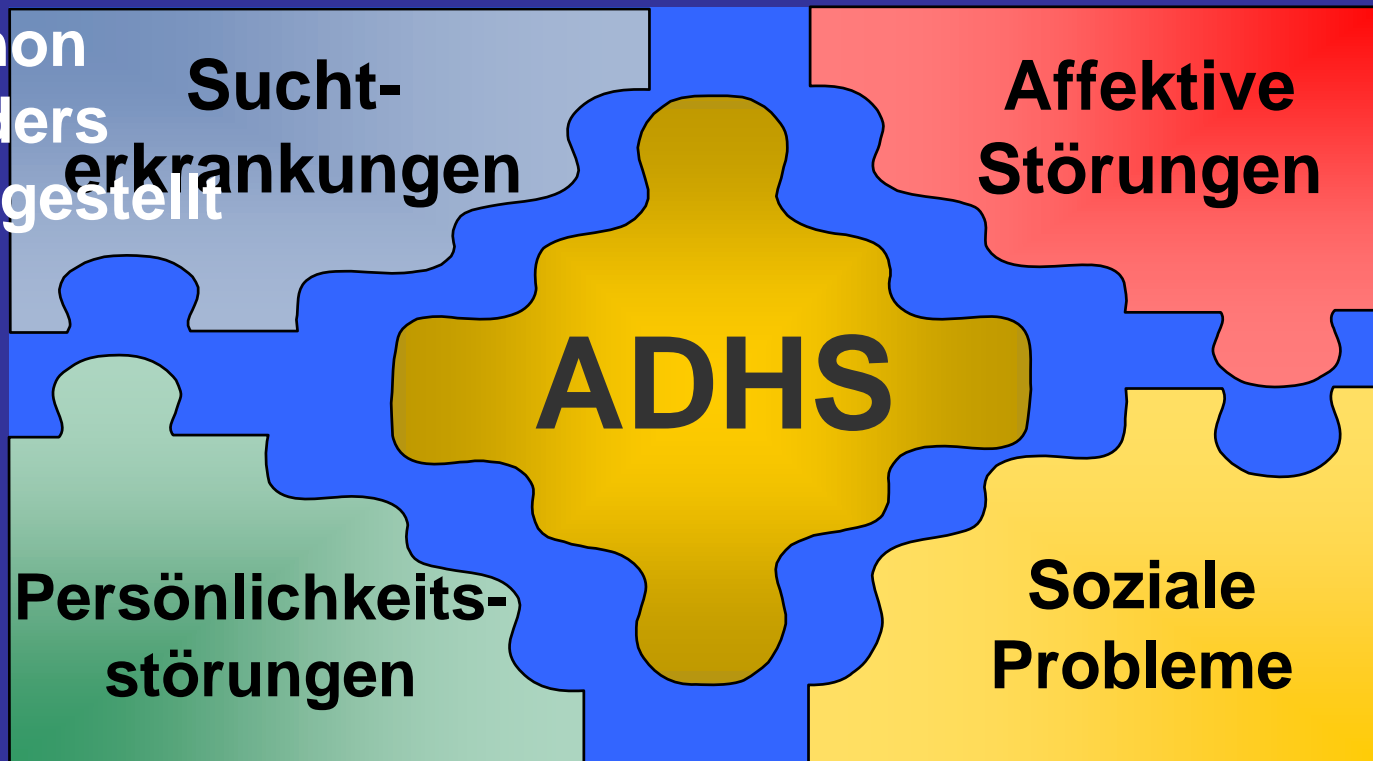
ADHS im Erwachsenenalter - Lifetime Komorbidität



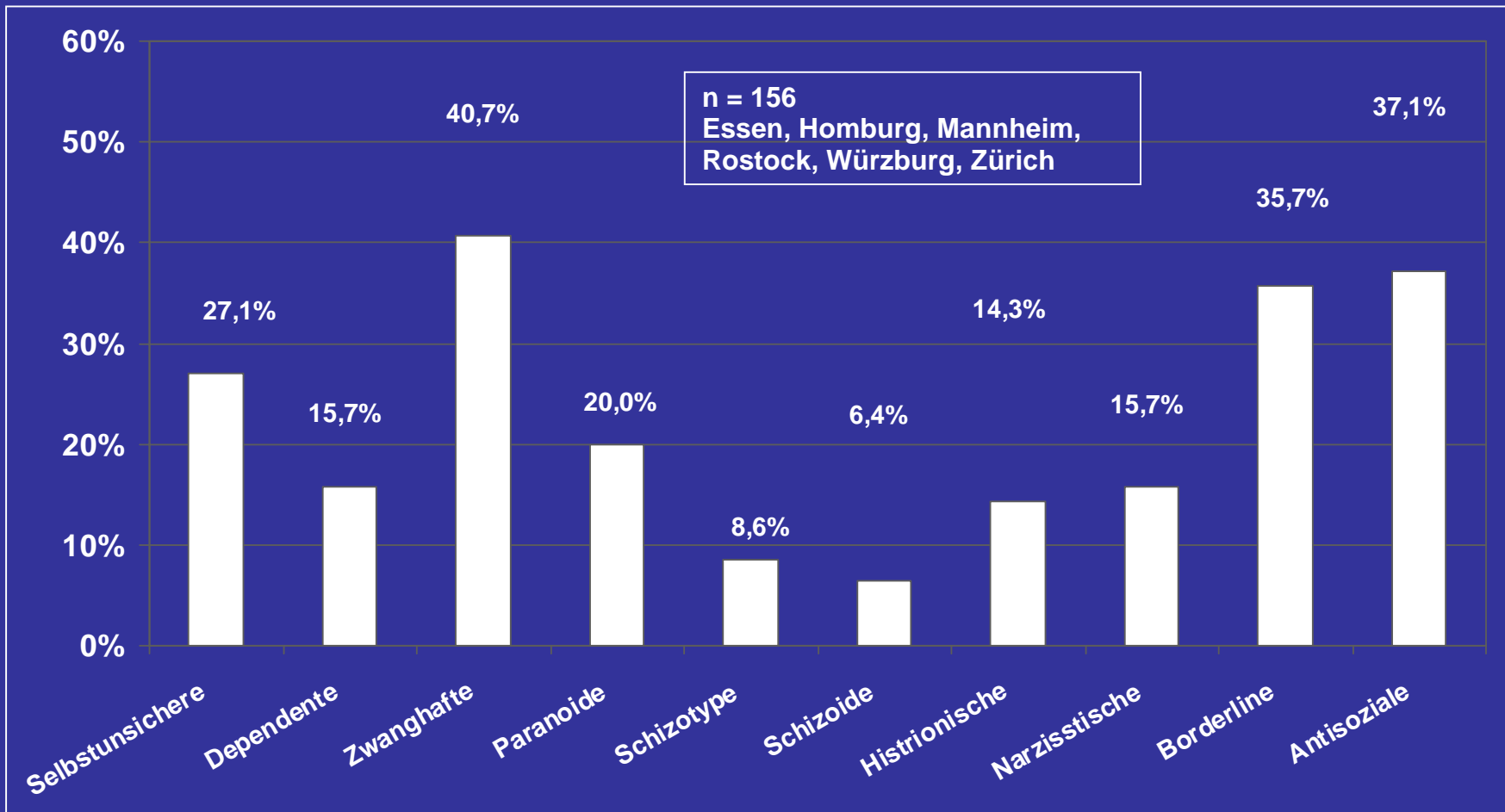
Faraone, APA 2006: Massachusetts General Hospital Study;

ADHS in der Adoleszenz

Gut,
obwohl
inhaltlich
schon
anders
dargestellt



ADHS Netzwerkstudie Persönlichkeitsstörungen (SKID-II)



gut

ADHS in der Adoleszenz

ADHS und Beruf

- Höhere Entlassungsrate 1.1 vs 0.3 Jobs/Zeit
- Häufiger Stellenwechsel 2.7 vs 1.3 Jobs/ 2- 8 J SE
- Schlechtere Beurteilungen am Arbeitsplatz

Barkley & Murphy 1998, ADHD: A Clinical Workbook
Milwaukee Young Adult Outcome Study, Barkley et al. 2004

ADHS und Sexualität

Früherer Beginn sexueller Aktivität (15 vs 16 J.)

- Mehr Sexualpartner (18.6 vs 6.5)
- Weniger Zeit mit einem Partner
- Höhere Rate der Kontrazeption
- Hohe Rate an unerwünschten Schwangerschaften (38% vs 4%)
- Geburtenzahl erhöht (42:1)
- Höheres Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten (16% vs 4%)

Barkley & Murphy 1998: ADHD: A Clinical Workbook
Milwaukee Young Adult Outcome Study

Teenagerschwangerschaft - ADHS

Eine Analyse unserer stationären Patienten Klientel der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität Rostock im Jahr 2003 zeigt, dass 5,5 % aller Patienten geboren wurden, als ihre Mütter ≤ 18 Jahre alt waren bzw. 13,7 % als ihre Mütter ≤ 20 Jahre alt waren.

Verglichen mit dem oben angegebenen Bundesdurchschnitt lag die Prävalenz minderjähriger Mütter im Klinik Klientel also etwa viermal höher als in der Grundgesamtheit.

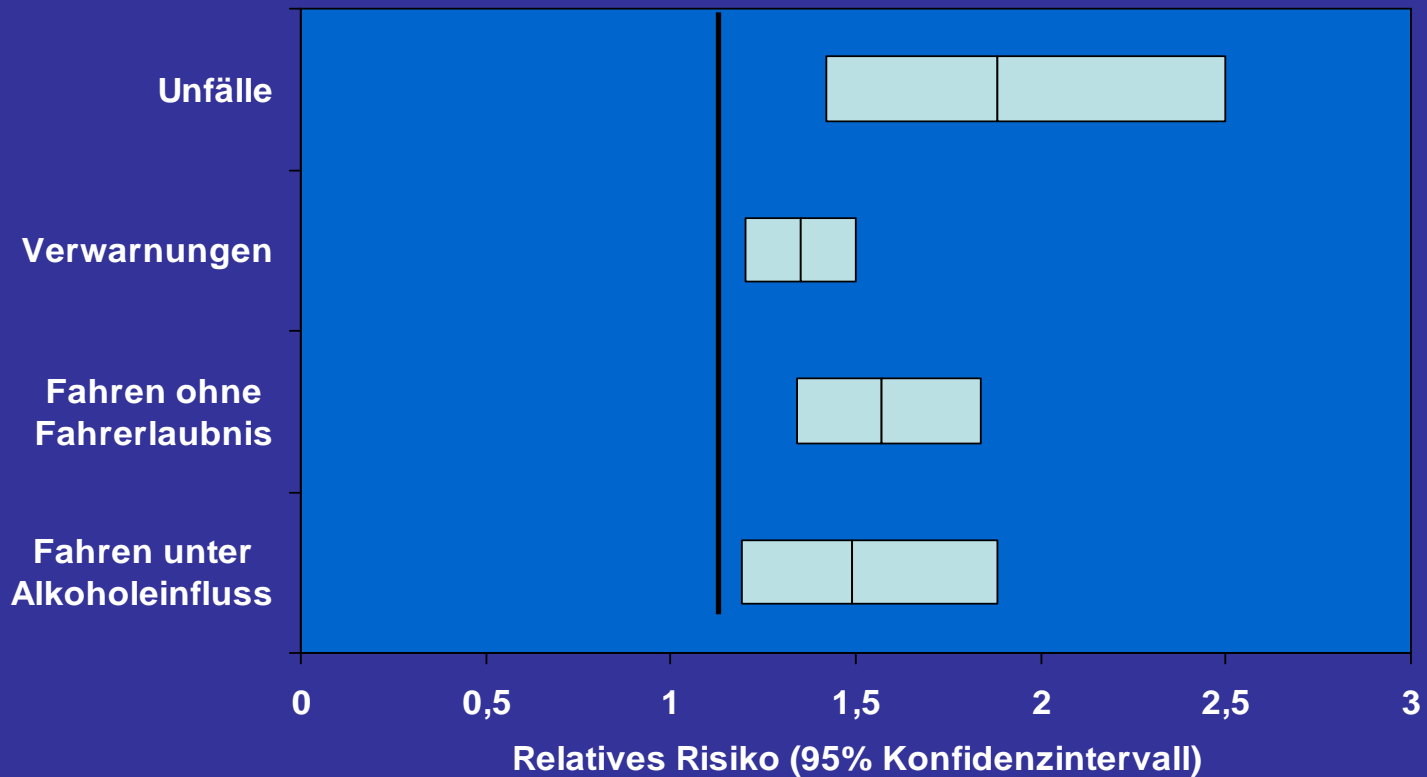
Unter den Kindern der unter 18 Jahre alten Mütter wurden 59 % mit einer F9-Erstdiagnose nach ICD 10 geführt, von den Kindern der unter 20-jährigen Mütter etwa die Hälfte.

Damit lag der genetisch-ätiologische Verdacht nahe, dass einige dieser Mütter selbst eine AD(H)S oder eine andere psychische Störung aufweisen.

gut

ADHS in der Adoleszenz

ADHS im Erwachsenenalter Fahrsicherheit



Jerome et al. 2006

Berücksichtigte Studien: Barkley et al. 1993, 1996, 2002, Fischer et al. 2006, Lambert 1995, Nada-Raja et al. 1997, Woodward et al. 2000

Fahrverhalten

- Lenkfehler^{1,2}
- Bremsfehler²
- Langsame Reaktionszeiten und Reaktionszeitschwankungen²
- Eingeschränkte Impulskontrolle²
- Langsamere Anpassung an Fahrsituationen²
- “More false alarms and incorrect key presses”²
- Größere Unaufmerksamkeit und Konzentrationsmängel^{2,3}
- Häufigeres aggressives, risikoreiches und unsicheres Fahrverhalten³
- Nutzt das Fahrzeug, um Ärger abzubauen³
- Expansives Verhalten³

1. Barkley et al. *J Int Neuropsychol Soc* 2002;8:655-672.

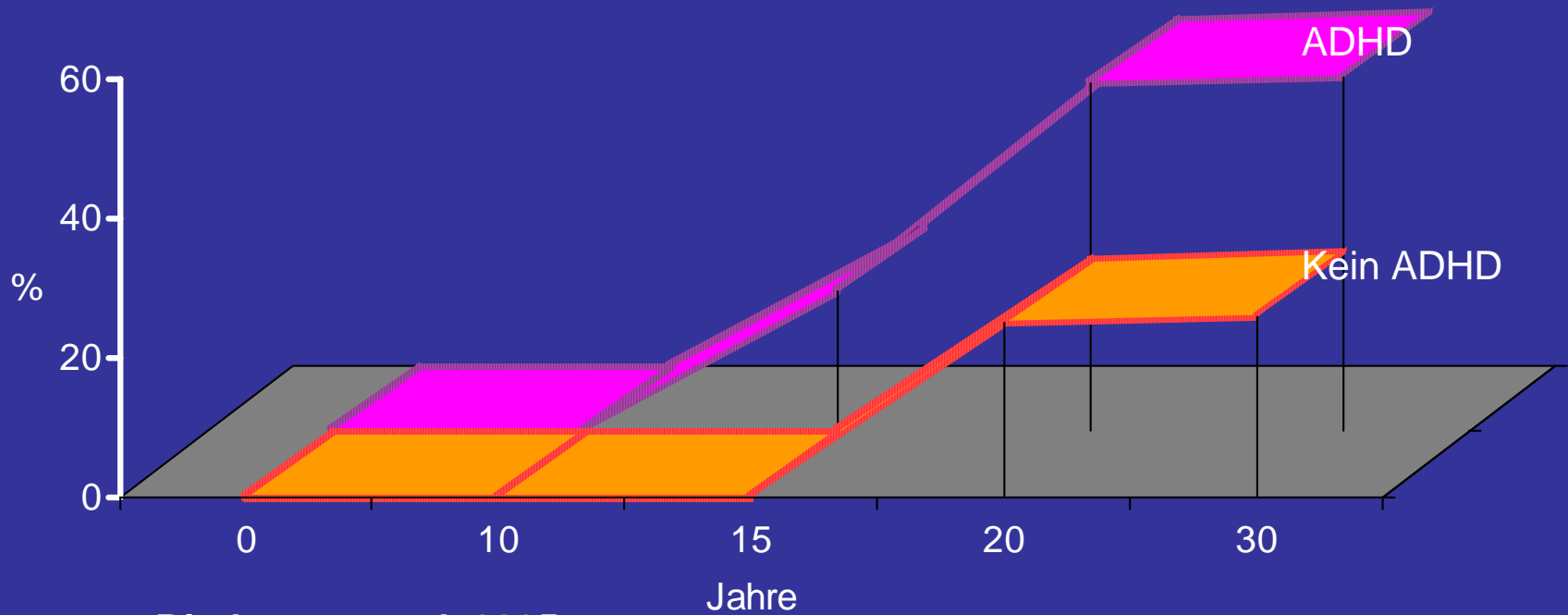
2. Fischer M, et al. *Accid Anal Prev* 2007;39:94-105.

3. Richards TL, et al. *J Atten Disord* 2006;10:54-64.

gut

ADHS in der Adoleszenz

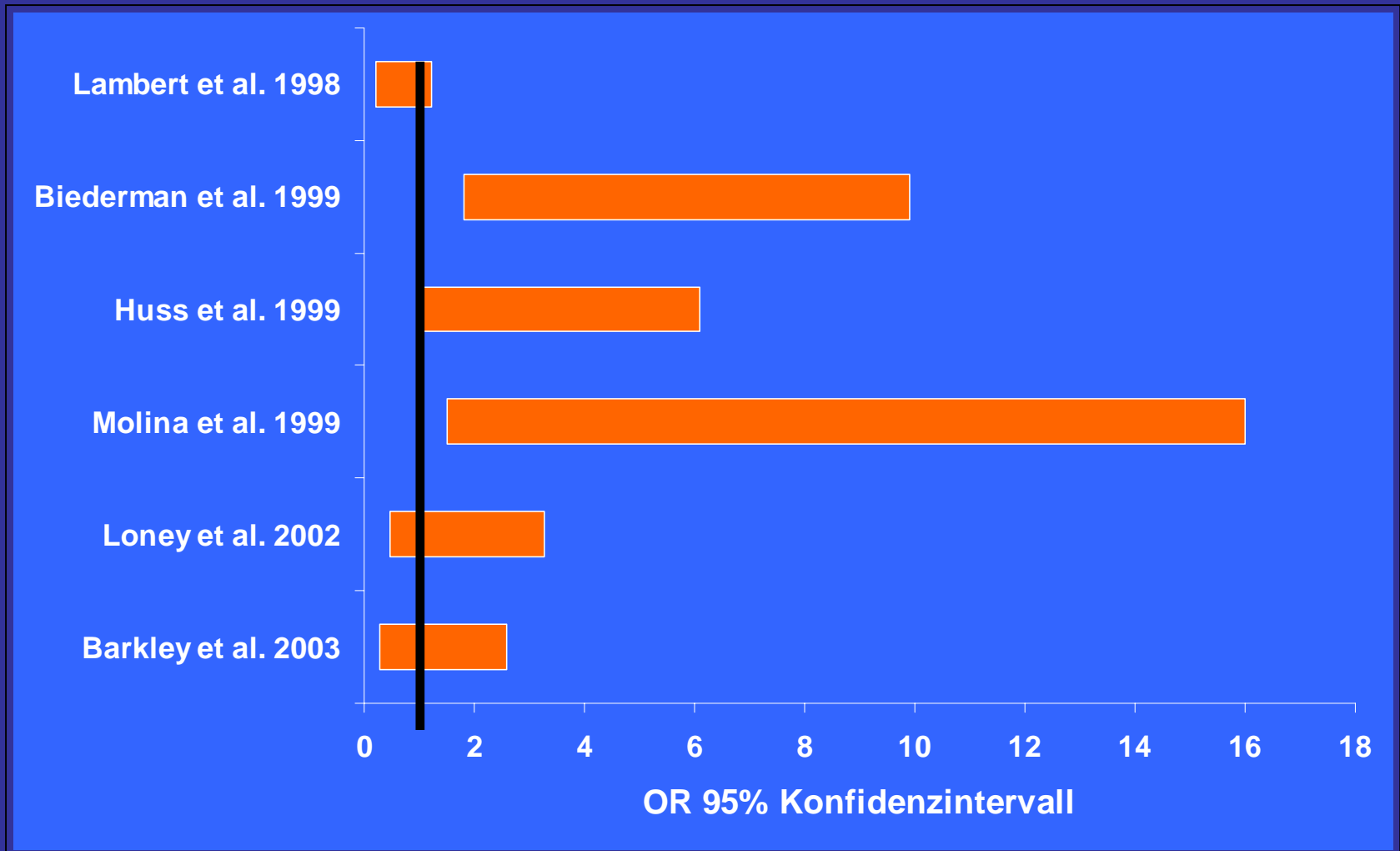
Die Entwicklung einer Nikotinabhängigkeit bei Erwachsenen mit und ohne ADHD



Biederman et al. 2005

gut

Macht MPH süchtig? Suchtprotektiver Effekt der Stimulanzienbehandlung bei ADHS



ADHS und Delinquenz

- 4-5-fache Prävalenz von Drogenabhängigkeit (Weiss et al. 1985, Gittelman et al. 1985)
- 31% der jugendlichen Häftlinge (Gosden et al. 2003; n = 100)
- 25% und 28 % aller Inhaftierten in USA (Favarino 1988; Eyestone und Howell 1994)
- 9,1% (Durchschnittsalter 26,2 J., n = 55) bei irischen Häftlingen (Curran und Fitzgerald 1999)
- 19% Delinquenz vs. 0% in Kontrollgruppe (n = 55 vs. 46; 22 J.) (Rasmussen und Gillberg 2000)
- 22 % der Patienten in forensischer Psychiatrie (n = 86) (Blocher und Rösler 2002)
 - 17,5% der JVA-Häftlinge (n = 244)
 - 27,6% der Sexualstraftäter (n=146, WURS 90 Pkt.)

Komorbiditäten bei jungen Patienten mit ADHS

Psychiatrische Störungen	Somatische Störungen
- Störungen des Sozialverhaltens (39,3 % vs. 3,9 %)	- Erkrankungen der oberen Luftwege (40,1 % vs. 33,4 %)
- Affektive Störung (38,0 % vs. 8,9 %)	- Hautkrankheiten (32,4 % vs. 25,5 %)
- Spezifische Entwicklungsstörungen (37,4 % vs. 13,4 %)	- Erkrankungen der Ohren (31,1 % vs. 23,7 %)
- Spezifische Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (23,0 % vs. 2,8 %)	- Infektionskrankheiten (31,2 % vs. 25,9 %)

Komorbiditäten bei erwachsenen Patienten mit ADHS

Psychiatrische Störungen	Somatische Störungen
<ul style="list-style-type: none">- Affektive Störungen (61,8 % vs. 14,3 %)- Persönlichkeitsstörungen (33,2 % vs. 0,6 %)- Anpassungsstörungen (18,9 % vs. 3,0 %)- Schlafstörungen (11,3 % vs. 2,3 %)- Substanzmissbrauch (7,8 % vs. 1,9 %)	<ul style="list-style-type: none">- Erkrankungen des Bewegungsapparates (48,4 % vs. 21,6 %)- Gastrointestinale Störungen (41,1 % vs. 21,6 %)- Stoffwechselstörungen (36,5 % vs. 19,0 %)- Erkrankungen der oberen Luftwege (33,7 vs. 15,2 %)

gut

ADHS in der Adoleszenz

ADHS-Therapieelemente

Behandlung komorbider Erkrankungen

The diagram illustrates the components of ADHS therapy as a classical temple structure. It features three white columns supporting a horizontal bar at the top and a base at the bottom. The top bar is labeled 'Behandlung komorbider Erkrankungen'. The three columns are labeled from left to right: 'Psycho-
edukation
„Coaching“', 'Psycho-
therapie', and 'Pharmako-
therapie'. The base is labeled 'Selbsthilfegruppen, Angehörigenarbeit'.

Psycho-
edukation
„Coaching“

Psycho-
therapie

Pharmako-
therapie

Selbsthilfegruppen, Angehörigenarbeit

Therapie der ADHS

- Die Behandlung setzt eine sorgfältige fachärztlich-psychiatrische Abklärung voraus
- Die Diagnose einer ADHS impliziert nicht per se eine (Dauer-) Behandlung
- Die Art und Dauer der Behandlung orientiert sich an der Schwere der Erkrankung und den individuellen Beeinträchtigungen des Patienten
- Komorbiditäten müssen unbedingt beachtet werden
- Ziel der Behandlung ist die Verbesserung der Lebensqualität und die Vermeidung sekundärer Komplikationen

gut

ADHS in der Adoleszenz

Vergleich der psychotherapeutischen Ansätze bei ADHS im Erwachsenenalter

	Hesslinger et al. 2002	Stevenson et al. 2002	Safren et al. 2005
Setting	Gruppe	Gruppe	Einzel
Vorgehen	Anlehnung an DBT nach Linehan (BPS)	Schwerpunkt Coaching	Kognitive VT (Beck), Kernmodule und optionale Module
Inhalte	Achtsamkeitstraining, Verhaltensanalysen Beziehungen/ Angehörige, Selbst-wert, Impulsivität	Motivation, Organisation, Impulsivität, Temperament, Selbstwert	Kommunikation, Kognitive Umstrukturierung
Struktur	13 Sitzungen, wöchentlich Arbeitsmaterialien	8 Sitzungen, wöchentlich Arbeitsmaterialien	max. 15 Wochen
Studien-design	Offen, Kontrollgruppe N=8 Variable Medikation oder unmediziert	Offen, Kontrollgruppe N=22 Stabile Medikation oder unmediziert	Offen, Kontrollgruppe N=16 Stabile Medikation (add-on Behandlung)
Ergebnis	Signifikante Besserung	Signifikante Besserung	Signifikante Besserung

Limitierungen der psychotherapeutischen Behandlung der ADHS

- Wirksamkeitsnachweis bislang unzureichend
 - kleine, selektive Stichproben
 - zusätzliche Medikamenteneffekte
- Keine Studien zur Wirksamkeit bei
 - ADHS + komorbiden Störungen
 - ADHS- Subtypen
- Vergleichsstudien Pharmakotherapie vs. Psychotherapie fehlen
- Frage der Verfügbarkeit
- Frage der Kosten

Therapiemöglichkeiten - Medikamentöse Therapie 1

- Diagnostik und Therapie orientiert sich an internationalen Leitlinien und Leitlinien der DGPPN
- Stimulanzien = Mittel der 1. Wahl
(umfangreiche Datenlage: Evidenzgrad 1b)
- Mittlere Effektstärke: 0,9-1,3 (dosisabhängig)
- Problem *Off label use*

Faraone SV et al.: J Clin Psychopharmacol 2004

Therapiemöglichkeiten - Medikamentöse Therapie 2

1. Wahl: Stimulanzien (BtMVV)

Methylphenidat

- Kurz wirksame Präparate: Equasym®, Medikinet®, Ritalin®, Generika
- Lang wirksame Präparate: Concerta®, Medikinet® retard, Equasym® retard, Ritalin LA

D,L-Amphetaminsulfat

- in Deutschland keine Fertigarzneimittel verfügbar
- in USA Lisdexamphetamin (Vyvanse®)

2. Wahl: Atomoxetin

- Strattera®

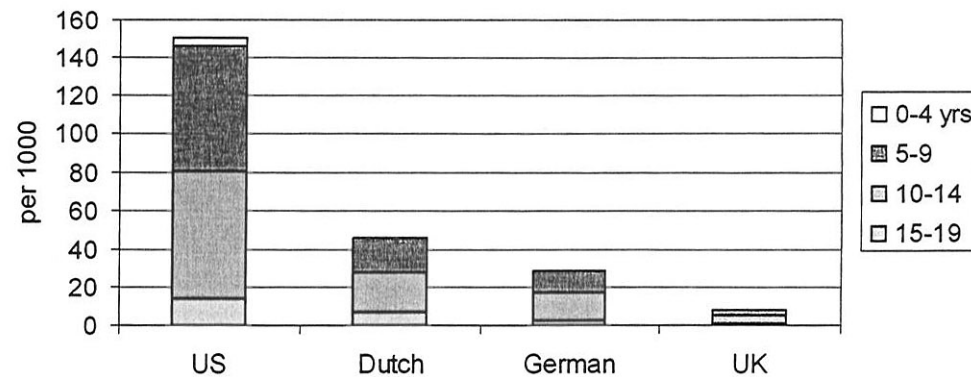
gut

ADHS in der Adoleszenz

Bewährte Medikamente bei der Behandlung der ADHS

Generic	Handelsname	Dosisbereich	Wiss. Dokumentation
Methylphenidat	Ritalin ® Medikinet ® Equasym ® Concerta ® Generika	5 – 60 mg	sehr gut
D-L-Amphetamin	als Fertigarznei nicht erhältlich	10 – 40 mg	gut
(Fenetyllin	Captagon ®	50 – 150 mg	unbefriedigend)
(Amfetaminil	AN 1 ®	10 – 30 mg	unbefriedigend)
(Pemolin	Tradon ®	20 – 60 mg	gut)
Atomoxetin	Strattera ®	0,5 – 1,2 mg/kg KG	gut
(Lisdexamphetamin	Vyvanse ®	30 – 70 mg	recht gut, keine Zulassung in D)
(Modafinil	Vigil ®	100 – 300 mg	Approval Letter; < 18. LJ)

Age-specific prevalence of stimulants



Stimulant prevalence for U.S. youths aged 0-4 years was 0.44%, whereas it was 0 in the UK and minimal in the Netherlands (0.05%) and in Germany (0.02%).

Placebokontrollierte Doppelblindstudien zur Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter

Autoren	Design	Substanz	Tagesdosis	n	Dauer	Respons
Spencer et al. (1995)	crossover	Methylphenidat	30 – 100 mg	23	7 Wochen	78 %
Wilens et al. (1996)	parallel	Desipramin	47 mg	41	6 Wochen	68 %
Spencer et al. (1998)	crossover	Atomoxetin	76 mg	34	3 Wochen	52 %
Wilens et al. (1999)	crossover	Pemolin	148 mg	27	10 Wochen	50 %
Paterson et al. (1999)	crossover	D-Amphetamin	20 – 140 mg	36	6 Wochen	58 %
Spencer et al. (2002)	parallel	Methylphenidat	30 – 90 mg	47	26 Wochen	sign.
Bouffard et al. (2003)	crossover	Methylphenidat	30 – 45 mg	30	8 Wochen	73 %
Kooij et al. (2004)	crossover	Methylphenidat	30 – 80 mg	45	6 Wochen	51 %
Spencer et al. (2005)	parallel	Methylphenidat	1,1mg/kg/Tag	146	6 Wochen	76 %
Medori et al. (2008)	parallel	Methylphenidat	54 mg	402	5 Wochen	sign

Evidenz der Methylphenidat-Therapie bei Erwachsenen

- 1 doppelblind, randomisierte, placebo-kontrollierte Studie (*Medori et al.: Biol Psychiatry 2008, 63; 981-989*)
- 1 randomisierte kontrollierte Studie (*Spencer et al.: Biol Psychiatry 57: 456-463, 2005*)
- 1 Metaanalyse (*Faraone et al 2002: J Clin Pharmacology 24: 24-28*)
- 1 Review (*Biederman und Spencer: Primary Psychiatry 11;7: 57-62, 2004*)

- **Therapie entspricht Evidenzgrad I b**

- **NNT = 1,81** (zum Vergleich: bei Lipidsenkern zwischen 40 und 50 !)

Mitteilungen DGPPN

D.Ebert, Freiburg · J.Krause, Ottobrunn · C.Roth-Sackenheim, Andernach (Hrsg.)*

ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN

I. Autoren der Leitlinie

Für die Leitlinienentwicklung sind die Mitglieder des Expertenkomitees verantwortlich. Es existieren keine finanziellen oder anderen Formen der Unterstützung durch Dritte.

II. Gründe für die Leitlinienentwicklung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) beginnt im Kindesalter. Häufig, nach Verlaufsstudien in bis zu 80%, persistieren einige oder alle Symptome ins Erwachsenenalter (8,25). Die Leitsymptome Aufmerksamkeitsstörung, Desorganisiertheit, Impulsivität, emotionale Instabilität, Hyperaktivität sind dann auch im Erwachsenenalter in altersspezifischer Form nachzuweisen und sind die Grundlage der Diagnose „ADHS im Erwachsenenalter“ (7,8,25).

Eine adäquate Diagnose und Therapie der ADHS im Erwachsenenalter ist notwendiger Bestandteil der medizinischen Versorgung. Die Störung ist erstens häufig (im Kindesalter 4–5%), und sie führt zweitens zu krankheitswertigen psychischen und sozialen (bis hin zu forensisch relevanten) Beeinträchtigungen. Sie ist drittens ein Risikofaktor für eine große Zahl von komorbiden anderen psychischen Störungen, v. a. Suchterkrankungen, affektiven Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen.

Sie ist viertens suffizient therapierbar (8,25).

Trotz dieser Bedeutung existieren keine Leitlinien für die Symptomerfassung, Diagnose und die Therapie der ADHS im Erwachsenenalter.

III. Ziele der Leitlinie

Ziel dieser Leitlinie ist es, die Voraussetzungen für die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter und die Mindestanforderungen für eine valide Diagnosestellung zu formulieren und die daraus abzuleitenden Therapien anzugeben.

Die Leitlinie richtet sich an alle Ärzte, die psychische Störungen kompetent diagnostizieren und behandeln können. Sie ist nicht gedacht als Screening-Instrument für eine Verdachtsdiagnose.

IV. Diagnose der ADHS des Erwachsenenalters

1. Grundlagen der Diagnostik

Die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter ist eine „klinische Diagnose“. Sie wird aufgrund eines Interviews mit dem Patienten und des darin erhobenen aktuellen psychopathologischen Befundes, der anamnestisch erzielbaren Symptome und des Verlaufs, gestellt.

Es wird empfohlen, ergänzend zum Interview zur strukturierten Erhebung und Erfassung der Symptome und zur

Dokumentation Fragebögen einzusetzen.

Testpsychologische Untersuchungen können die diagnostische Sicherheit erhöhen.

Für die Diagnosestellung einer ADHS im Erwachsenenalter ist es notwendig, dass sowohl im Erwachsenenalter die Kriterien einer ADHS durchgehend erfüllt sind als auch in Kindheit und Jugend die Kriterien erfüllt waren (7,8,18).

Es gibt verschiedene Diagnosesysteme, in denen operationalisierte Diagnose-

* Mitglieder des Expertenkomitees:

M. Backmund (München)
D. Ebert (Freiburg)
R. Engel (München)
B. Heßlinger (Freiburg)
J. Krause (Ottobrunn)
K.-H. Krause (München)
R. Laufkötter (Regensburg)
C. Neuhaus (Esslingen)
M. Ohlmeier (Hannover)
W. Paulus (Münster)
W. Retz (Homburg/Saar)
M. Rösler (Homburg/Saar)
C. Roth-Sackenheim (Andernach)
U. Schneider (Hannover)
C. Schöchlin (München)
G.-E. Trott (Aschaffenburg)
M. Wey (Lauf)