

6 Komorbiditäten und Differenzialdiagnose

6.1 Allgemeine Aspekte

Während im **Kindesalter** differenzialdiagnostisch von der ADHS in erster Linie besonders lebhaftes Verhalten als Normvariante, Verhaltensauffälligkeiten aufgrund einer ungünstigen sozialen Entwicklung oder eines gestörten Milieus, oppositionelles Verhalten, geistige Behinderung, organische Hirnschäden, Hör- und Sehstörungen, isolierte Teilleistungsstörungen, Allergien mit der hiermit oft verbundenen motorischen Unruhe, Anfallskrankheiten wie Pyknoleptie, Tic-Erkrankungen wie Tourette-Syndrom (häufige Komorbidität!, s. Kap. 6.11, S. 166 ff.) sowie Chorea und das Syndrom des fragilen X-Chromosoms zu unterscheiden sind, sind beim **Erwachsenen** vor allem

- affektive Störungen,
- Angststörungen und
- Persönlichkeitsstörungen

von der ADHS abzugrenzen; häufige Komorbiditäten mit diesen Krankheitsbildern sind hierbei zu beachten.

Gerade im Bereich der Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen ist die Beachtung der Diagnose ADHS als mögliche Differenzialdiagnose oder Komorbidität besonders wichtig, da hier unserer Ansicht nach die häufigsten Fehldiagnosen zu finden sind. Im Gegensatz zu dem bei Persönlichkeitsstörungen zu erwartenden Ich-syntonen Erleben von normverletzendem Verhalten berichten Patienten mit ADHS von einem intensiv erlebten Gefühl des Andersseins, das sie schon früh – spätestens ab der Pubertät – deutlich wahrgenommen haben. Sie empfinden sich meistens als Außenseiter und bewegen sich häufig in sozialen Randgruppen. Oft ergeben sich differenzialdiagnostische Probleme wegen der Überschneidung von Symptomen der ADHS mit denen von Persönlichkeitsstörungen:

- So werden beispielsweise bei der Beschreibung der zwanghaften Persönlichkeitsstörung auch für Patienten mit ADHS typische Symptome besonders hervorgehoben – nämlich die Unfähigkeit, zwischen Wichtigem und Unwichtigem zu un-

terscheiden, eine scheinbare emotionale Autarkie, die im Gegensatz steht zu einer Vermeidung autonomer Handlungen, sowie das Gefühl inneren Getriebenseins (Hoffmann u. Hochapfel 1999).

- Die histrionische Persönlichkeitsstörung kennzeichnet ein theatralisches und ein emotional aufdringliches Verhalten, das ebenfalls bei Patienten mit ADHS vom Mischtypus anzutreffen ist.
- Bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung mit impulsiver Kontrollstörung gibt es Überschneidungen mit ADHS-Symptomen.

Dies führt aus unserer Sicht zu der verwirrenden Situation, dass nicht die Diskussion um eine Verifizierung dieser schwierigen diagnostischen Abgrenzung im Vordergrund steht, sondern ein ideologischer Streit um die Frage entbrennt, ob einer Medikation oder psychotherapeutischen Ansätzen bei der Behandlung von ADHS der Vorrang zu geben ist.

Tress et al. (2002) führen dazu in den Leitlinien zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen aus, dass eine Pharmakotherapie weitgehend unbeeinflusst von der diagnostisch-klassifikatorischen Einordnung der jeweiligen Persönlichkeitsstörung eine symptomspezifische Behandlung bleibt. Diese diagnostischen Einteilungen konnten das Krankheitsbild ADHS nicht berücksichtigen, weil bis dahin noch keine Leitlinien für diese Störung im Erwachsenenalter in Deutschland existierten. Sicher wird es in der näheren Zukunft noch weiterhin viele Patienten geben, deren Symptome als Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden und bei denen deshalb eine zusätzliche adäquate Pharmakotherapie mit Stimulanzien unterbleibt, die bei schwerer Betroffenen für ein gutes Behandlungsergebnis zwingend notwendig ist. Viele Psychiater und Psychotherapeuten haben bis heute starke Vorbehalte gegenüber der biologisch orientierten Sichtweise; sie werden sich nur zögerlich mit dem Störungsbild der ADHS als stark genetisch determinierter Erkrankung anfreunden können, da die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung aus ihrer Sicht ausreichende Erklärungsansätze auf der Basis einer Traumatheorie anbietet.

Zu bedenken ist weiterhin, dass Störungen im sozialen Bereich oft auch beim alleinigen Vorliegen einer ADHS durch die mangelhafte Selbstkontrolle bedingt sein können.

Auf organischer Seite müssen speziell

- hyper- oder hypothyreote Stoffwechsellagen,
- Restless-legs-Syndrom,
- Vigilanzstörungen bei Beeinträchtigungen der Schlaf-Wach-Regulation,
- posttraumatische, postenzephalitische und raumfordernde zerebrale Störungen und
- das Vorliegen eines Anfallsleidens mit Absencen oder komplexen partiellen Anfällen

ausgeschlossen werden (Krause et al. 1999; Lavenstein 1995; s. Tab. 6-1).

Nicht zu diagnostizieren ist eine ADHS, wenn die Störungen ausschließlich im Zusammenhang mit der Einnahme von Medikamenten wie Bronchospasmolytika, Isoniazid, Neuroleptika, Benzodiazepinen, Antiepileptika oder Antihistaminika auftreten.

Tab. 6-1 Differenzialdiagnose der ADHS.

	Aufmerksamkeitsstörung	Motorische Unruhe	Impulsivität	Logorrhö	Gestörtes Sozialverhalten
Lebhaftes und impulsives Verhalten als Normvariante		+	+	+	(+)
Frühkindliche Hirnschädigung	+	+	+	+	+
Teilleistungsstörungen	+	(+)	(+)	(+)	(+)
Epilepsie mit Absencen	+				
Tic-Erkrankungen		+			(+)
Chorea		+			
Posttraumatische, postenzephalitische und raumfordernde zerebrale Störungen	+	+	+	+	
Hyperthyreose	(+)	+			
Hypothyreose	+				
Restless-legs-Syndrom		+			
Störungen der Schlaf-Wach-Regulation	+				
Suchtmittelabusus	+	+	+	+	(+)
Medikamenten-Nebenwirkungen	+	+	(+)	(+)	
Allergien, juckende Ekzeme		+			
Depression	+				(+)
Agitierte Depression, Manie	+	+	+	+	+
Persönlichkeitsstörungen	(+)		+	(+)	+

Für Diagnostik und Therapie der ADHS im Erwachsenenalter ist die Kenntnis der differenzialdiagnostisch wichtigen psychiatrischen Krankheitsbilder erforderlich, um in einem weiteren Schritt entscheiden zu können, ob es sich um komorbide Störungen handelt. Gehäufte Komorbiditäten mit ADHS sind beschrieben für

- Depressionen und bipolare Störungen,
- Angststörungen,
- antisoziale Persönlichkeitsstörung,
- Borderline-Persönlichkeitsstörung,
- Alkohol- und Drogenmissbrauch,
- Störungen aus dem Autismusspektrum,