

7 Therapie

Die Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter entsteht aus einem anderen Zugang zum Patienten als im Kindesalter, der Anstoß zur Therapie muss vom Betroffenen selbst ausgehen. Viele Erwachsene werden erst durch die Reaktionen der Umgebung auf das Ausmaß ihrer Störung aufmerksam, am Arbeitsplatz oder in der Familie auftretende Probleme werden meist anderen Ursachen zugeordnet, ihr Fehlverhalten stellt sich deshalb aus der Wahrnehmung der Betroffenen nur als eine Antwort auf ungünstige Umstände dar. Gegen Ende des dritten Lebensjahrzehnts lassen bei vielen Betroffenen – vor allem vom Typus der Unaufmerksamen – bis dahin vorhandene Kompensationsmechanismen nach, sie erleben ihren Alltag viel belastender als in den Jahren zuvor. Diese Insuffizienzgefühle sind häufig der Anfang einer lang andauernden depressiven Verstimmung, die schließlich Anlass ist, Hilfe zu suchen (Ryffel-Rawak 2001; 2003).

Der Therapiebeginn sollte immer begleitet sein von einer eingehenden Aufklärung des Patienten über sein Krankheitsbild sowie von psychotherapeutischen Maßnahmen wegen der oft vorhandenen Selbstwertproblematik. Meist ist eine zusätzliche **medikamentöse** Behandlung notwendig. Laut einer Übersicht zur ADHS im Erwachsenenalter von Okie (2006) wird inzwischen ein Drittel der in den USA verabreichten ADHS-Medikamente für Erwachsene verschrieben; die Zahl der Verschreibungen für Erwachsene stieg dort zwischen März 2002 und Juni 2005 um 90%. Aus den Daten der „Centers for Disease Control and Prevention“ geht hervor, dass 2003 in den USA 7,8% der Kinder und Jugendlichen zwischen 4 und 18 Jahren unter ADHS litten, 56% davon wurden medikamentös behandelt. Für Erwachsene zwischen 18 und 44 Jahren fand sich in einer repräsentativen Untersuchung eine Prävalenz der ADHS von 4,4% (s. Kap. 3, S. 11), wobei nur 11% dieser erwachsenen Betroffenen medikamentös behandelt wurden (Kessler et al. 2006). Für Deutschland liegen vergleichbare Zahlen nicht vor.

Verhaltenstherapeutische, die Selbstkognition fördernde Therapieansätze können gerade zu Beginn der Behandlung eine sinnvolle Ergänzung zur Medikation sein, da bei einer alle Lebensbereiche betreffenden Störung wie der ADHS die verbesserte Selbstorganisation ein wesentliches Therapieziel darstellt (Alm 2006; Matthies et al. 2008; Ramsay 2007). Inzwischen liegen erste Studien zur Evaluation verhaltenstherapeutischer Ansätze im Erwachsenenalter vor (Heßlinger et al. 2002a;

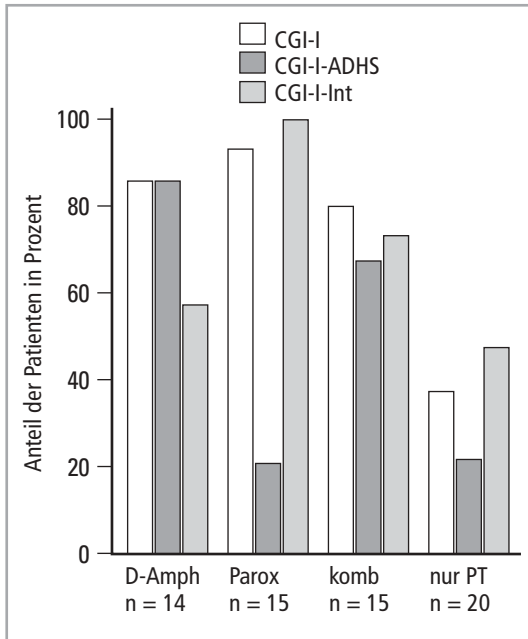


Abb. 7-1 Prozentsatz der signifikant gebesserten Patienten unter D-Amphetamin (D-Amph), Paroxetin (Parox), der Kombination beider Substanzen (komb) und alleiniger Psychotherapie (PT) (in allen vier Gruppen durchgeführt) in einer doppelblinden Langzeitstudie bei Erwachsenen mit ADHS, aufgegliedert nach allgemeinem Befinden (CGI-I = Clinical Global Impression – Improvement), nach ADHS-Symptomen (CGI-I-ADHS) und nach Symptomen komorbider Angst und Depression (internalisierende Störungen; CGI-I-Int) (nach Weiss et al. 2006).

Philipsen et al. 2007; Safren et al. 2005a; Stevenson et al. 2002; Wilens et al. 1999c). Weiss et al. (2006) behandelten in einer 20-wöchigen Doppelblindstudie, bei der die Wirksamkeit von Paroxetin und D-Amphetamin allein und als Kombination gegen Placebo verglichen wurde, alle Studienteilnehmer zusätzlich mit einer problemfokussierten Verhaltenstherapie. Bezüglich der Kernsymptome der ADHS fand sich eine Responderate von nur 21 % im Vergleich zu 86 % bei zusätzlicher Gabe von D-Amphetamin, während Symptome von Angst und Depression in 47 % (unter zusätzlicher Gabe von D-Amphetamin in 57 %) gebessert waren; bei diesen internalisierenden Störungen zeigte sich eine eindeutige Überlegenheit von Paroxetin (Responderate von 100 %), das andererseits auf die ADHS-Symptomatik keinen positiven Effekt hatte (s. Abb. 7-1; s. Tab. 7-1, S. 185 ff.). Die Ergebnisse einer ersten bei Kindern mit ADHS durchgeführten Multicenterstudie, bei der über 14 Monate die Effekte von Pharmako- und Verhaltenstherapie jeweils einzeln und als Kombinationsbehandlung verglichen wurden, zeigen, dass die alleinige Verhaltenstherapie der medikamentösen Therapie signifikant unterlegen war, während sich zwischen Pharmakotherapie allein und der Kombination von Pharmako- und Verhaltenstherapie nur bei begleitenden Angststörungen ein Unterschied sichern ließ (Jensen et al. 2005; The MTA Cooperative Group 1999). Inzwischen liegt eine Drei-Jahres-Katamnese dieser Studie vor; hiernach nahm nach Beendigung der Studie in der Gruppe, die ausschließlich mit Verhaltenstherapie behandelt wurde, der Anteil medikamentös behandelter Kinder deutlich zu, während dieser Anteil bei den Gruppen mit medikamentöser und kombinierter Therapie im gleichen Zeitraum erheblich abnahm. Der Effekt war, dass sich die ADHS-Symptomatik 22 Monate nach Beendi-

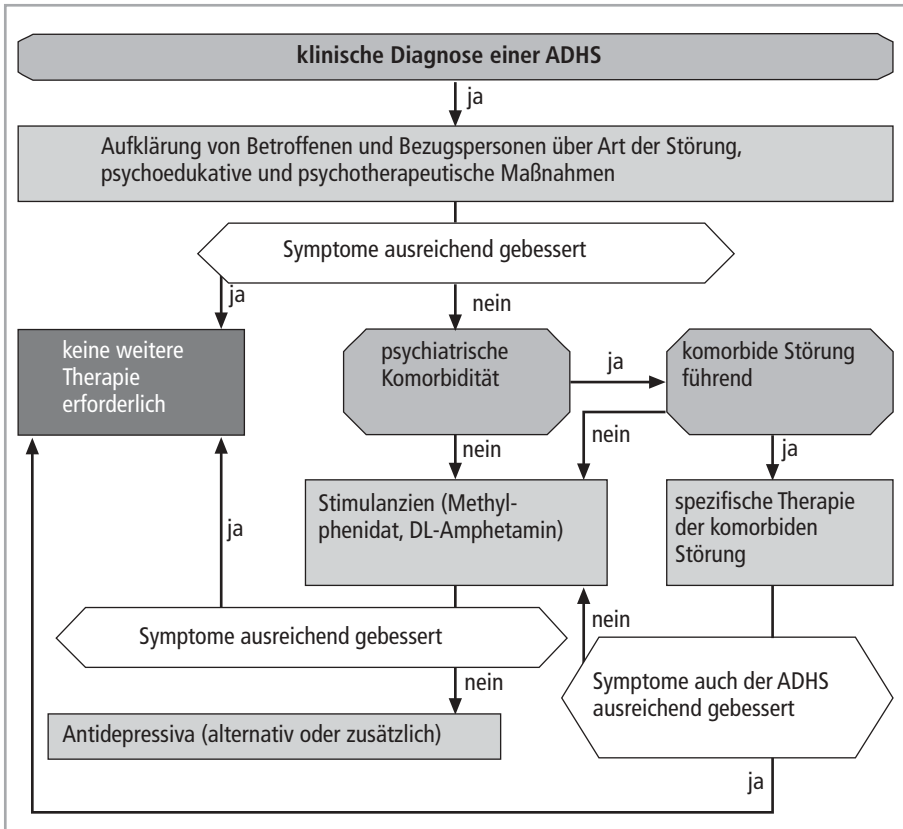


Abb. 7-2 Algorithmus zur multimodalen Therapie.

gung der Studie in den einzelnen Gruppen wieder angeglichen hatte (Jensen et al. 2007). Aus den Daten ist zu entnehmen, dass auch im so genannten rein medikamentösen Arm der Studie eine kontinuierliche Betreuung der Eltern und Kinder stattfand, die durchaus als Coaching der betroffenen Familien angesehen werden kann; ein therapeutischer Effekt der regelmäßigen Visiten im Sinne eines „Ernstgenommenwerdens“ ist aus unserer Sicht nicht auszuschließen.

Prinzipiell wünschenswert wäre ein Coaching betroffener Erwachsener, wie es in den USA auch praktiziert wird; in Deutschland gibt es aber bisher keine entsprechenden Therapieoptionen, die von den Krankenkassen übernommen werden.

Bei Erwachsenen mit ADHS ist gemäß eigenen Erfahrungen und der Literatur (Asherson 2005 Krause 2008b; Murphy 2005; Triolo 1999) wegen tief greifender Störungen des Selbstwertes und der Autonomieentwicklung häufig eine **tiefenpsychologisch orientierte Langzeittherapie** als begleitende Maßnahme notwendig. Eine Evaluation psychotherapeutischer Konzepte bei Erwachsenen mit ADHS in randomisierten Studien wäre sehr wünschenswert.