ADHS

Eine Störung mit vielen Gesichtern

12. Mai 2025 - Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung – kurz ADHS – ist nicht neu: Seit langer Zeit setzen sich Ärzte* und Pädagogen mit den Symptomen dieser Störung auseinander. Historische Bezeichnungen wie „impulsives Irresein“ (Maudsley, 1867) oder „schwer erziehbare Kinder“ (Czer-ny, 1908) zeugen davon, dass der Zeitgeist jeweils Pate für den Namen und die Einschätzung der Störung stand. Heute kann eine ADHS bei Kindern und Jugendlichen zuverlässig diagnostiziert und mit einer multimodalen Therapie aus Psychoedukation, Verhaltenstherapie und medikamentöser Behandlung individuell und mit hohen Erfolgsraten behandelt werden. First-Line-Therapie bei Kindern und Jugendlichen ab dem sechsten Lebensjahr ist u.a. Methylphenidat (MPH).¹

Gleichzeitig gilt es, eventuell vorhandene psychiatrische Komorbiditäten zu identifizieren und entsprechend zu behandeln. Diese koexistenten Begleiterkrankungen sind bei psychiatrischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter die Regel und verschlechtern die Prognose im Hinblick auf den Krankheitsverlauf für die Patienten.

Begleiterkrankungen können eine ADHS maskieren

Neben dem Leitsymptom-Trias Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität treten bei bis zu 85 % der Patienten zudem komorbide Störungen auf.^{1,3} Komorbiditäten stellen daher eher die Regel als die Ausnahme dar und sind häufig der Grund des Patienten, seinen Hausarzt aufzusuchen.⁶ Komorbiditäten können eine ADHS maskieren, oftmals besteht sogar bereits eine psychiatrische Diagnose, wobei eine ADHS als eigentliche Ursache der psychiatrischen Störung unerkant blieb. Dazu zählen Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, bipolare Störungen und Angststörungen, aber auch Essstörungen und Suchterkrankungen. Die fehlende Diagnose ADHS wirkt sich vermutlich auch negativ auf die Erfolgsquote bei der Behandlung der genannten Komorbiditäten aus. Studien belegen, dass die Therapie einer ADHS über die Kernsymptome der Grunderkrankung hinaus Verbesserungen bewirken kann, unter anderem bei Familien- und Beziehungsproblemen, beruflicher Leistung, kognitiven Störungen, Fahrtüchtigkeit und dem Risiko für Suchterkrankungen.^{4,9,10}

Um das Verhältnis zwischen einer affektiven Störung und einer ADHS zu klären, ist die langfristige Krankengeschichte hilfreich: Eine affektive Störung tritt meist episodisch auf, während die Symptome einer ADHS sich zwar über die Altersstufen wandeln, jedoch in der Mehrzahl der Fälle während der gesamten Lebenszeit präsent sind.^{3,11}

Multimodale Therapie einer ADHS auch bei Erwachsenen

Im Rahmen des multimodalen Therapiekonzepts werden zu Therapiebeginn nicht medikamentöse Maßnahmen wie Aufklärung und Psychoedukation als Basismaßnahmen vorgeschlagen. Zusätzlich werden psychotherapeutische Maßnahmen, insbesondere bei der häufig vorhandenen Selbstwertproblematik der Betroffenen oder anderen Begleiterkrankungen empfohlen.² Eine medikamentöse Behandlung im Erwachsenenalter ist indiziert, wenn sich die Basismaßnahmen als nicht ausreichend erwiesen haben und Patienten weiterhin von einem hohen Leidensdruck berichten. In die Beurteilung fließen psychische und soziale Beeinträchtigungen ebenso mit ein wie die Relevanz der Symptome in Alltagssituationen.² Meist ist eine medikamentöse Behandlung notwendig, da auf diese Weise eine neurobiologische Grundlage geschaffen wird, die Patienten den Zugang zu weiteren Therapiemaßnahmen, wie z. B. einer Verhaltenstherapie, erst ermöglicht. Ziel aller therapeutischen Interventionen ist eine möglichst umfassende Symptomremission und Wiederherstellung des psychosozialen Funktionsniveaus. Dabei ist ein multimodaler, pharmakotherapeutisch gestützter Behandlungsansatz nachweislich erfolgreicher als ein rein psychotherapeutischer.³

Schlafstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS

Eine verkürzte Schlafperiode oder ein gestörter Schlaf findet sich bei Kindern und Jugendlichen mit verschiedenen Erkrankungen. Auch junge Patienten mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sind oft davon betroffen. Bis zu 55% der Kinder und Jugendlichen mit einer ADHS haben Schlafprobleme.³ Die beiden häufigsten Schlafstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS sind Insomnie und Störungen des zirkadianen Schlaf-Wach-Rhythmus. Eine Insomnie ist gekennzeichnet durch Schwierigkeiten beim Ein- bzw. Durchschlafen oder ein verfrühtes Aufwachen, ohne wieder einzuschlafen.⁵ Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus sind auf Fehlfunktionen des zirkadianen Sys-

tems oder auf eine Diskrepanz zwischen dem endogenen Rhythmus und den sozialen Anforderungen zurückzuführen. Teilweise verursacht dies einen erheblichen Leidensdruck sowie funktionelle Beeinträchtigungen.⁶ Häufig zeigen die Betroffenen einen verschobenen Schlaf-Wach-Zyklus, der durch ein späteres Einschlafen und Schwierigkeiten beim Aufwachen am Morgen gekennzeichnet ist.⁷ Trotz der hohen Prävalenz bei Kindern mit einer ADHS werden Schlafstörungen vielfach übersehen und somit nicht adäquat behandelt.⁸

Referenzen

- ¹ S3-Leitlinie ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, AWMF-Registernummer 028-045; https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045l_S3_ADHS_2018-06.pdf (aufgerufen am 12.04.23)
- ¹ S3-Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“ (2018), AWMF-Registernummer 028–045
- ³ Barbaresi WJ et al. Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: a prospective study. *Pediatrics*. 2013; 131 (4): 637-44
- ⁴ Torgersen T et al. ADHD in adults: a study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nord J Psychiatry* 2006; 60(1): 38-43
- ⁶ Rösler M u. Retz W. Diagnose, Differenzialdiagnose und komorbide Leiden der ADHS. *Psychotherapie* 2008; 13(2):175-183
- ⁹ Murphy K, Barkley RA: Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiatry* 1996; 37(6): 393-401
- ¹⁰ Rostain AL. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: evidence-based recommendations for management. *Postgrad Med* 2008, 120(3):27-38
- ¹¹ Schmidt S & Petermann F. Entwicklungspsychopathologie der ADHS. *Z. Psychiatr., Psychol. Psychother.* 56 (4) 2008
- ² S3-Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“ (2018), AWMF-Registernummer 028–045
- ³ Philipsen A et al. Effects of group psychotherapy, individual counseling, methylphenidate, and placebo in the treatment of adult ADHD: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2015
- ³ Stein MA, Zulauf-McCurdy C, DelRosso LM. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2022;31(3):499-514.
- ⁴ Shanahan PJ, Isaac M, Blackwell JE. *BJPsych Advances* 2021;27(5):320-332.
- ⁵ Nunes ML, Bruni O. *J Pediatr (Rio J)* 2015;91(6 Suppl 1):S26-35.
- ⁶ Bijlenga D et al. *Atten Defic Hyperact Disord* 2019;11(1):5-19.
- ⁷ Mantle D et al. *Sleep Med X*. 2020;2:100022.
- ⁸ Wajszilber D, Santiseban JA, Gruber R. *Nat Sci Sleep* 2018;10:453-480.

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Quelle

18th International Conference on ADHD “ADHD and Comorbidity: Multimodal Assessment and Treatment“
Veranstalter: MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH – Berlin 12.April 2025

+++ MEDIZIN-TELEGRAMM +++