

Die Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter – Eine Aufgabe für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten?

Nina Haible-Baer & Peter Kirsch

Zusammenfassung: Der Wunsch nach Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter ist auf Patientenseite stark ausgeprägt, aufseiten der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten herrschen bei diesem Störungsbild jedoch oftmals Unsicherheiten vor. Diese möchte der vorliegende Beitrag adressieren und abzubauen helfen. In dem Artikel werden insbesondere die erwachsenentypischen Probleme beleuchtet. Über das Leitsymptom der gestörten Hemmung des dominanten Handlungsimpulses soll sich einem adäquaten Störungsverständnis genähert und auch die differentialdiagnostische Abgrenzung zu anderen Störungen besprochen werden. Zusätzlich wird auf die Schwierigkeiten bei der retrospektiven Erfassung der kindlichen Symptome eingegangen sowie auf die verschiedenen diagnostischen Schritte und Hilfsmittel im diagnostischen Prozess.

Einleitung

Nicht selten stellen sich Menschen in psychotherapeutischen Praxen vor, die über Probleme mit ihrer Aufmerksamkeit und/oder Impulsivität klagen. Häufig haben diese Personen auch schon gleich eine Verdachtsdiagnose ‚im Gepäck‘: Sie vermuten, unter einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zu leiden. Sei es, dass sie zuvor im Internet einen der verfügbaren Selbsttests gemacht haben (welche als Screening-Verfahren oft eine hohe Falschpositivrate aufweisen) oder dass sie die Symptomatik aus ihrer Familie bzw. ihrem sozialen Umfeld kennen: Der Wunsch nach diagnostischer Bestätigung und oft zugleich nach geeigneter psychotherapeutischer Hilfe ist groß. Ebenso groß erscheinen jedoch manchmal die in unserer Profession vorherrschenden Berührungängste im Umgang mit solchen Patientinnen und Patienten.

„Darf und kann ich als Psychologische Psychotherapeutin bzw. Psychologischer Psychotherapeut die Diagnose stellen, auch ohne Zusatzqualifikation?“

Bei Fortbildungsveranstaltungen mit Kolleginnen und Kollegen zum Thema „ADHS im Erwachsenenalter“ ist dies die am häufigsten gestellte Frage. Dass Vorträge und Seminare zu diesem Thema stets auf eine außerordentlich große Nachfrage treffen, spricht einerseits dafür, dass ein reges Interesse an dieser Gruppe von Patientinnen und Patienten besteht. Andererseits könnte sich hierin zugleich auch widerspiegeln, dass viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten das

Gefühl haben, nicht hinreichend auf deren Behandlung vorbereitet zu sein.

Aber kommen wir zurück zur gestellten Frage. Unsere einfache Antwort ist: „Ja“. Sie *dürfen* das und, wenn Sie sich ein wenig mit dem Thema beschäftigen, *können* Sie das auch. Auch die S3-Leitlinien zur ADHS sprechen den Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ausdrücklich das Recht und die Fähigkeit zu, eine entsprechende Diagnose zu stellen. Mit dem vorliegenden Artikel möchten wir ein paar grundlegende Überlegungen zur ADHS im Erwachsenenalter vermitteln und Ihnen Mut machen, sich der Diagnostik und dann auch der psychotherapeutischen Behandlung von ADHS bei dieser Altersgruppe zu stellen. An dieser Stelle können wir Interessierte für vertiefende Hinweise zu dieser Problematik u. a. auf Stieglitz et al. (2012) in der Reihe „Fortschritte der Psychotherapie“ oder die S3-Leitlinien (AWMF, 2017) verweisen, auch wenn diese derzeit in Überarbeitung sind.

Das Problem der Spezifität – Gestörte Hemmung als Leitsymptom

Die am häufigsten genannten Probleme von Menschen, die mit dem Verdacht auf eine ADHS nach Hilfe suchen, betreffen Unzulänglichkeiten in der Aufmerksamkeit oder Konzentrationsfähigkeit. Für die Diagnostik stellt sich die Schwierigkeit, dass es sich hierbei um einen sehr unspezifischen Symptombereich handelt. Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsprobleme treten nämlich bei einer Vielzahl von psychischen Störungsbildern auf. Daher eignen sich diese nicht als Leitsymptomatik für eine zielgenaue Diagnose der ADHS. Vor

diesem Hintergrund ist es ratsam, sich dem Störungsbild über ein Verständnis des Störungsmodells zu nähern. Aus unserer Sicht ist das Leitsymptom der ADHS die *gestörte Fähigkeit, dominante Handlungsimpulse zu hemmen* (Baer & Kirsch, 2010). Wenn man das Leitsymptom so ansetzt, lässt sich nicht nur die Störung der Impulskontrolle als solche erklären, sondern zugleich eine Vielzahl von damit verbundenen Symptomen, über die Betroffene klagen. Aufmerksamkeitsstörungen entstehen demgemäß dadurch, dass Betroffene den Impuls, auf eigentlich nicht relevante Dinge im Umfeld zu reagieren, nicht hemmen können. Hyperaktivität ergibt sich ferner dadurch, dass solche Personen den Impuls, sich zu bewegen, nicht eindämmen können. Ein weiteres typisches Symptom, das sich durch die mangelnde Hemmung von Impulsen gut erklären lässt, ist der Drang der Betroffenen, viel zu reden und andere immer wieder zu unterbrechen. Hilfreich für das Erkennen der ADHS-spezifischen Aufmerksamkeitsstörung ist es also, genauer zu explorieren, wie die erlebte Unaufmerksamkeit entsteht und wie sie sich ausdrückt. In Kasten 1 sind die wichtigsten Schlüsselfragen aufgelistet, anhand derer die Aufmerksamkeitsstörung bei Verdacht auf ADHS exploriert werden kann.

Fragen zur Klärung der Aufmerksamkeitsproblematik

- Woran merken Sie, dass Sie weniger aufmerksam sind?
- Woran merken andere Menschen, dass Sie weniger aufmerksam sind?
- Hat Ihnen schon einmal jemand Feedback zu Ihrem Arbeitsstil gegeben? Wie sah das aus?
- Was passiert in Momenten, in denen Sie unaufmerksam sind?
- Wie häufig wechseln Sie Ihren Aufmerksamkeitsfokus?
- Können Sie den Unterschied zwischen ihren Aufmerksamkeitsproblemen und der Ablenkbarkeit beschreiben?
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Unaufmerksamkeit gemeinsam mit einer inneren Unruhe auftritt?

Kasten 1: Fragenkatalog zur Klärung der Aufmerksamkeitsproblematik

Ein anderer Aspekt der Spezifität könnte natürlich auch der Störungsbeginn sein. Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme, die erst akut aufgetreten sind, können schwerlich auf eine ADHS zurückgeführt werden. Aber hier kommt es natürlich zu einem weiteren Problem: Wie können wir rückblickend die Symptome in der Kindheit valide erfassen, wenn die Betroffenen erst als Erwachsene in unsere Praxis kommen?

Bei einer ADHS müssen durch die Symptome zudem Probleme oder Funktionseinbußen notwendig in verschiedenen Lebensbereichen auftreten. Unaufmerksamkeit und Impulsivität sollten also nicht nur beim Lernen, in der Schule oder bei Freizeitaktivitäten auffallen, sondern situationsübergreifend in Erscheinung treten.

Übergreifende Kriterien

Voraussetzungen für die Diagnose der ADHS sind folgende Kriterien, die zusätzlich zu den spezifischen Symptomen (Tab. 3) erfüllt sein müssen:

- Störungs- bzw. Symptombeginn in der Kindheit (vor dem 12. Lebensjahr)
- Symptome müssen **situationsübergreifend** auftreten (z. B. zuhause und am Arbeitsplatz)
- Aus ihnen resultieren Beeinträchtigungen in der Lebensführung bzw. deutliche **Funktionseinschränkungen** sowie Leidensdruck.
- Andere Erkrankungen (körperlich und psychisch) müssen als Ursache für die Symptomatik ausgeschlossen werden können.

Kasten 2: Übergreifende Kriterien für eine ADHS-Diagnose

Das Problem der retrospektiven Diagnose – Erfassung des frühen Störungsbeginns

Die retrospektive Erfassung einer bereits in einem frühen Lebensalter vorhandenen Symptomatik ist gelegentlich herausfordernd. Aus Sicht der Störungsgenese sollten die Symptome schon vor dem 6./7. Lebensjahr aufgetreten sein, üblicherweise spätestens mit dem Eintritt in die Schule, wo die Probleme durch die höheren Anforderungen an Aufmerksamkeit, Konzentration und auch die Fähigkeit zum Stillsitzen auftreten sollten. Diese frühe Phase ist aber nicht allen Betroffenen erinnerbar. Oft ist es hilfreich, nach Erfahrungen in der Schule zu fragen. Besonders aufschlussreich sind hier natürlich die nun schon seit vielen Jahrzehnten üblichen narrativen Zeugnisse vor allem aus der ersten und zweiten Grundschulklasse, in denen man häufig Sätze wie folgt findet: „Er/Sie ließ sich leicht ablenken.“, „Er/Sie konnte nicht immer dem Unterrichtsgeschehen folgen.“, „Er/Sie zeigte eine unstete Arbeitsweise, hatte Schwierigkeiten, mit Aufgaben zu beginnen und diese in der vorgegebenen Zeit fertigzustellen.“, „Ihm/Ihr fiel es noch schwer, ruhig sitzen zu bleiben.“ oder „Es fehlten häufig Arbeitsmaterialien.“.

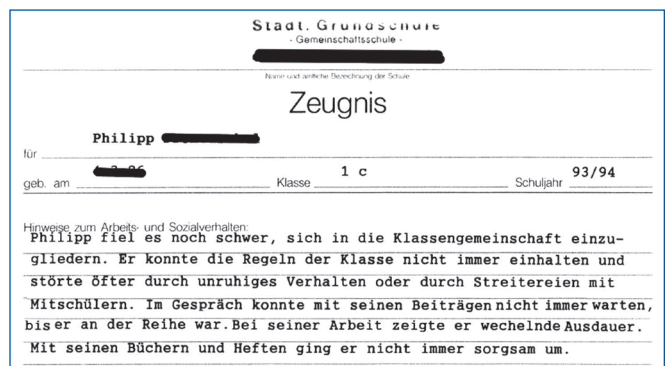


Abbildung: Beispiel für ein Grundschulzeugnis eines ADHS-Patienten

Selbstverständlich ist auch eine Fremdanamnese mit Familienangehörigen, bevorzugt Eltern oder älteren Geschwistern, eine wichtige Informationsquelle. Hier muss aber ebenfalls sorgfältig darauf geachtet werden, dass die Angehörigen versuchen, sich wirklich an die Kindheitsphase des oder der

Betroffenen zu erinnern und die Erinnerungen nicht mit den aktuellen Erlebnissen zu vermischen.

Wichtig bei der retrospektiven Betrachtung ist auch, besondere erschwerende Lebensumstände, wie etwa Umzug, Vernachlässigung oder Trennung der Eltern, zu erfassen. Denn in solchen emotional herausfordernden Phasen ist eine Veränderung des Kindes nicht verwunderlich. Die ADHS-Symptome, im Vergleich zu Problematiken, die im Prozess der Anpassung an solche kritischen Lebensereignisse zutage treten, sind überdauernd und nicht nur auf schwierige Phasen begrenzt.

Auch wenn von einem sehr frühen Störungsbeginn auszugehen ist, hat man sich mittlerweile darauf verständigt, dass bei der retrospektiven Erfassung das Auftreten kindlicher Symptome zumindest noch vor dem 12. Lebensjahr gesichert sein muss (um das Problem der möglichen Nichterinnerbarkeit der frühen Lebensjahre zu umgehen). Diese Erweiterung des Betrachtungszeitraums erleichtert die Erinnerung und erhöht damit die Wahrscheinlichkeit, dass mögliche Auffälligkeiten genannt werden. Das 12. Lebensjahr ist auch deswegen eine wichtige zeitliche Schwelle, weil es häufig den Übergang in die Pubertät markiert, einer Phase, in der die Bewertung der Symptome schwieriger werden kann, sich aber auch die Symptom-Konfiguration ändert. Wenngleich – wie wir heute wissen – die ADHS für viele Betroffene eine lebenslange Störung darstellt, heißt dies nicht, dass sich die konkrete Ausprägung der Symptome nicht über die Zeit verändern kann. Da sich die diagnostischen Kriterien sehr stark an den Erscheinungsformen des Störungsbildes im Kindesalters orientieren, ist es nicht hinsichtlich der kindlichen, sondern der aktuell im Erwachsenenalter sich zeigenden Symptomatik manchmal etwas schwierig, sicherzustellen, dass man es wirklich mit ADHS zu tun hat.

Das Problem mit der Symptomatik im Erwachsenenalter

Viele ADHS-Betroffene schaffen es im Erwachsenenalter, ihre Symptomatik deutlich stärker zu kompensieren, oder haben erfolgreiche Strategien entwickelt, bestimmte Verhaltensformen zumindest zeitweise zu unterbinden oder zu verbergen. Sie wirken dann weniger unruhig und unkonzentriert. Die aber immer noch erhaltene Störung in der Fähigkeit zur Hemmung dominanter Handlungsimpulse führt zu anderen Problemen im Erwachsenenalter, die man ebenfalls gut explorieren kann. Auch die vermeintlich motorisch weniger auffälligen, vorwiegend unaufmerksamen Typen, zeigen bei genauer Betrachtung Impulsdurchbrüche, wie etwa eine Neigung zum Dazwischenreden, sprunghaftes Handeln oder mangelnde Geduld. In Tabelle 1 haben wir für die Kriterien der ADHS typische Erscheinungsweisen im Erwachsenenalter zusammengeführt (Kirsch & Haible-Baer, 2021).

Leider ist aktuell häufig zu beobachten, dass Menschen ein falsches Bild von den Grenzen der menschlichen Aufmerk-

samkeit haben. So erreichen uns nicht wenige Anfragen von Personen, die einfach einen sehr hohen Leistungsanspruch haben. Diese sind oft nur mit sich selbst ungeduldig, etwa wenn sie nicht acht bis zehn Stunden am Stück konzentriert lernen oder arbeiten können. Es gilt also, im diagnostischen Prozess herauszufinden, ob tatsächliche Einbußen vorliegen oder die Person lediglich unrealistische Ansprüche an die eigene Aufmerksamkeitsleistung stellt. Hierzu kann man sich etwa Beispiele aus verschiedenen Lebensbereichen berichten lassen. Es lohnt sich auch den Arbeitsstil der betroffenen Person näher anzuschauen. So lassen wir gerne die Fragebögen in der Praxis ausfüllen. Schafft es die Person, gleich mehrere nacheinander zu bearbeiten? Werden viele Fragen ausgelassen? Spricht die Person die Psychotherapeutin bzw. den Psychotherapeuten mehrfach an, obwohl auch diese(r) in der Zeit mit einer anderen Tätigkeit beschäftigt ist? Aus solchen Verhaltensbeobachtungen lassen sich weitere Hinweise auf das mögliche Vorliegen einer ADHS-Symptomatik gewinnen.

Viele Kolleginnen und Kollegen wünschen sich eine Möglichkeit zur objektiven Messung der aktuellen Symptomatik, z. B. mittels neuropsychologischer Tests. Leider muss man feststellen, dass solche Tests zwar interessante Informationen liefern können, aber nicht konklusiv sind.

Am Ende muss die betroffene erwachsene Person jeweils mindestens fünf Kriterien aus den Bereichen „Aufmerksamkeitsstörung“ und „Hyperaktivität und Impulsivität“ erfüllen. Diese Symptome müssen schon vor dem 12. Lebensjahr aufgetreten sein und in verschiedenen Lebensbereichen auffallen bzw. Funktionseinbußen oder Leidensdruck hervorrufen. Wenn dann keine andere psychische oder körperliche Diagnose die Probleme besser erklärt, kann die Diagnose ADHS im Erwachsenenalter gestellt werden. Ganz pragmatisch entspräche eine solche in der ICD-10 der Codierung F90.0, also der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung.

Das Problem mit der objektiven Erfassung von Defiziten

Klassische neuropsychologische Tests können zwar Auffälligkeiten aufdecken, sie sind allerdings nicht wirklich geeignet, um eine gesicherte Diagnose zu stellen, da sie hier zu wenig spezifisch sind (s. o.) oder aber Betroffene über eine kürzere Zeit hinweg durchaus in der Lage sind, Defizite zu kompensieren. Es gibt spezifische Verfahren, wie z. B. QBtest-Plus®, die mit Hilfe einer objektiven Erfassung motorischer Auffälligkeiten eine sehr gute Validität erreichen. Diese sind jedoch üblicherweise für eine Praxis nicht erschwinglich, sofern man keine Schwerpunktpraxis betreiben möchte. Einige Kolleginnen und Kollegen helfen sich mit einem Continuous Performance Test (CPT), den sie über die Praxisverwaltungssoftware oder das Hogrefe-Testsystem zu erschwinglicheren Preisen nutzen können. Diese können zwar interessante Hinweise liefern. Jedoch ist ein unauffälliges Ergebnis ebenso wenig als hinreichender Ausschluss für eine ADHS zu sehen,

Diagnostische Kriterien (gemäß DSM-5 und ICD-10)	Typische Symptome im Erwachsenenalter
Aufmerksamkeitsstörung	
1. beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten	Schwierigkeiten beim Aufnehmen und Ausführen von Arbeitsanweisungen; unvollständige Handlungsausführung (z. B. werden Teile einer Aufgabe nicht erledigt, weil entweder die Hälfte der Anweisung vergessen wurde oder bei der Ausführung Teile nicht mehr erinnert werden)
2. hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten	erhöhte Ablenkbarkeit bei Routinetätigkeiten oder im Straßenverkehr; Probleme bei Aufgaben, die monoton und lästig sind, eine lange Ausführungsspanne benötigen oder komplexe Handlungsabfolgen haben
3. scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen	Betroffene haben Probleme, Gesprächen adäquat zu folgen und Gesagtes zu verarbeiten und zu erinnern, scheinen z. B. nicht zuzuhören oder senden verwirrende nonverbale Signale; sie schweifen gedanklich ab und „verträumen“ Gesprächsinhalte
4. führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen	Aufnehmen neuer Tätigkeit vor dem Abschluss der aktuell ausgeführten; wiederholter Wechsel zwischen mehreren Tätigkeiten; Gefühl der Überforderung bei komplexen Arbeitsanweisungen
5. hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren	Schwierigkeit beim Planen von Handlungsabläufen, beim Organisieren von Tätigkeiten und der Unterscheidung von wichtigen und unwichtigen Aspekten; manche Betroffenen planen gar nicht und verzetteln sich auf dem Weg der Ausführung, andere versuchen zu planen und „verlieren sich“ dabei
6. vermeidet häufig, oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger dauernde geistige Anstrengungen erfordern	Vermeidungsverhalten bei kognitiv anstrengenden Aufgaben; Gefühl der Überforderung; oft ausgeprägtes Prokrastinieren
7. verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden	regelmäßiges Verlegen und Vergessen von benötigten Gegenständen, wie z. B. Arbeitsmaterialien, Schlüssel, Brille, oder auch z. B., wo das Auto geparkt wurde
8. lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken	häufiger Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus; externe und interne Reize können zu einem Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus führen
9. ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich	oftmals inadäquate Automatismen, die nicht zu zielführenden Handlungen führen; fehlender Überblick über Gesamtbild, sodass Teile unerledigt und unbedacht bleiben; Gefühl des Kontrollverlustes wegen kleinster Änderungen
Hyperaktivität und Impulsivität	
1. zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum	motorische Unruhe, viele Positionswechsel, Nesteln, Wippen der Füße, Trommeln der Finger
2. steht in der Klasse oder in Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, häufig auf	Starkes Gefühl der inneren Unruhe und des Unwohlseins in Situationen wo Ruhe nötig ist (z. B. Theaterbesuch, Meeting, Vortrag). Diese Situationen werden wg. des aversiven Erlebens oft gemieden.
3. läuft herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)	Aufsuchen von reizstarken und abwechslungsreichen Umgebungen
4. hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen	Risiko- oder bewegungsreiche Sport- und Freizeitaktivitäten
5. ist häufig „auf dem Sprung“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“	Anzeichen großer Hektik, wirkt auf andere ruhelos ständig in Aktion; kann ruhige Beschäftigungen kaum ertragen; hat generell Probleme, sich zu entspannen
6. redet häufig übermäßig viel	dominante Gesprächsführung ohne Rücksicht auf Gesprächspartner und Gesprächsinhalt; Probleme beim Zuhören
7. platzt häufig mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist	Ergänzung von noch nicht Ausgesprochenem; häufig werden kleinste Gesprächslücken des Gegenübers genutzt, um etwas einzufügen
8. kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist	Wartenmüssen (z. B. beim Arzt, Schlangestehen oder im Stau) führt zu Aggression oder Vermeidung; ungeduldig, wenn andere eine Aufgabe ausführen
9. unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein)	ungefragtes Einmischen in Gespräche anderer; Übernahme von Tätigkeiten, wenn andere nicht schnell genug sind

Tabelle 1: Typisches Auftreten von ADHS-Symptomen im Erwachsenenalter

wie ein umgekehrtes Testergebnis alleine bereits eine Bestätigung darstellen würde. Denn ADHS-Betroffene können für einige Zeit bei hoher Motivation durchaus unauffällige Testwerte erzielen.

Ein weiteres Problem bei neuropsychologischen Testverfahren ist, dass sie oft nur mäßig mit der selbstbeschriebenen Symptomatik korrelieren. Dies kann nun entweder daran liegen, dass die Tests eine vorhandene Symptomatik nicht gut erfassen, oder umgekehrt daran, dass Patientinnen und Patienten keinen adäquaten Zugang zu ihren Symptomen haben (Lis et al., 2010). Wir konnten in einer kleinen Studie im Rahmen einer Abschlussarbeit, die wir vor längerer Zeit durchgeführt haben, zeigen, dass Patientinnen und Patienten oft Defizite darin aufweisen, die eigenen Fähigkeiten angemessen einzuschätzen. Nach der psychotherapeutischen Behandlung mit unserem Gruppenprogramm TADSE konnte dann eine signifikant höhere Übereinstimmung zwischen ihrer mittels Fragebögen erfassten Selbstbeschreibung der Symptome einerseits und der mittels neuropsychologischer Verfahren gemessenen objektiven Symptomatik erzielt werden. Ein solcher Befund stellt natürlich ein Stück weit die Validität von Selbstbeschreibungsfragebögen als diagnostisches Instrument in Frage. Wir empfehlen durchaus eine Erfassung der Symptomatik mit solchen Fragebögen. Es zeigt sich an diesen Ergebnissen aber nochmals deutlich, wie zentral das klinische Urteil für die Diagnose der ADHS-Symptomatik ist, das man in erster Linie über eine gründliche Anamnese, Verhaltensbeobachtung und die Erfassung der Symptome im Interview erlangen kann. In Tabelle 2 auf S. 164 stellen wir alle Verfahren, die man zusätzlich zum Anamnesegespräch für die Diagnosestellung nutzen kann, zusammen.

Das Problem mit der Differentialdiagnose

Im Rahmen des diagnostischen Prozesses kommt immer wieder die Frage nach der differentialdiagnostischen Abgrenzung auf. Dabei gilt es, sich bewusst zu machen, dass die ADHS im Erwachsenenalter ein umfangreicher Symptomkomplex ist und sich über mehrere Lebensbereiche und Lebensphasen hinziehen muss.

Abgrenzung zu Depressionen

Bei der Abgrenzung zu Depressionen ist das Zeitkriterium entscheidend. Treten Aufmerksamkeitsstörungen erst nach der Pubertät auf oder nur in den depressiven Phasen, sind sie auch dort zu verorten. Eine aufschlussreiche Frage wäre in diesem Fall beispielsweise: „Seit wann haben Sie diese Probleme?“ und „Haben Sie das dauerhaft oder nur manchmal?“. Zudem hängen depressiv Erkrankte oft in ihren Grübelkreisen fest, blicken negativ in die Zukunft oder sind schuldhaft verzerrt. Hier könnte eine Antwort auf die folgende Frage näheren Aufschluss bieten: „Wo sind denn Ihre Gedanken in der

Regel, wenn Sie sich nicht konzentrieren können?“ ADHS-Betroffene schweifen gedanklich oft umher, sind also thematisch nicht so eingefahren und vor allem nicht ausschließlich negativ.

Abgrenzung zur Borderline-Persönlichkeitsstörung

Eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) manifestiert sich erst in der Adoleszenz, ADHS schon in der frühen Kindheit. Bei Borderline-Patientinnen und -Patienten zeigen sich größere Identitätsprobleme. Diese Menschen berichten in Rückschau auf ihre Kindheit oft von einem zurückgezogenen, selbstverletzenden Verhalten und dem Gefühl von Leere sowie eventuell dissoziativen Zuständen. Die ADHS-Betroffenen sind hingegen risikobereit und abenteuerlustig (z. B. durch die Ausübung von Extremsport). ADHS-Betroffene können auch in Beziehungsdingen sprunghaft mit häufigem Wechsel sein, sie werten Personen aber nach der intensiven Phase nicht ab, sondern verlieren eher ihr Interesse. Auch sind Trennungen bei ihnen häufig von der Partnerin bzw. dem Partner initiiert, der/die den impulsiven und dadurch manchmal verletzenden Kommunikationsstil nicht mehr tolerieren möchte. Außerdem sind ADHS-Betroffene in ihren Beziehungen nicht von einer tiefgreifenden Angst geplagt, verlassen zu werden. Sofern keine(r) Ansprüche an die Menschen mit ADHS stellte, waren sie als Kind ständig mit ihrem eigenen Spiel beschäftigt. Ausgedehnte Längeweilephasen kannten sie meist nicht.

Borderline-Patientinnen und -Patienten werden im Zwischenmenschlichen oft als manipulativ wahrgenommen, ADHS-Betroffene eher als unvorhersehbar. Die Impulsivität der Menschen mit ADHS ist meist reaktiv, die Personen mit emotional instabiler Persönlichkeit erleben häufiger länger anhaltende Gereiztheit und Anspannung, die sich in Impulsdurchbrüchen entlädt. Wenn Sie depressiv verstimmt sind, berichten Menschen mit BPS von Leere, Ärger und Furcht. ADHS-Betroffene zeigen demgegenüber eher reaktive Verstimmungen, die auf der zunehmenden Wahrnehmung der eigenen Defizite beruht.

Abgrenzung zur Posttraumatischen Belastungsstörung

Auch bei der Abgrenzung zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gilt es, den zeitlichen Zusammenhang genau zu erfassen. Bestanden die Probleme bereits vor dem Trauma, hatten diese damals auch schon Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche und waren sie eigenständig krankheitswertig? Hilfreich wäre hier die Frage: „Wenn Sie abschweifen oder unkonzentriert sind, wo sind Sie dann mit Ihren Gedanken?“. Personen mit einer PTBS haben Intrusionen, die sich auf das Trauma beziehen, ADHS-Betroffene schweifen gedanklich überall hin. Menschen mit ADHS sind nicht hypervigilant, sie scannen ihre Umgebung nicht nach Gefahrenreizen. Sie sind eher offen für alle Außenreize und

Verfahren	Art des Urteils	Bemerkung
ADHS-Selbstbeurteilungs-skala (ADHS-SB) (Rösler et al., 2021)	Fragebogen zur Selbstbeschreibung der ADHS-Symptome nach DSM/ICD	Teil der Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE) (Hogrefe)
ADHS-Diagnostische Checkliste (ADHS-DC) (Rösler et al., 2021)	Checkliste zur Fremdbeschreibung der ADHS-Symptome nach DSM/ICD	Teil von HASE
Wender Utah Rating Scale – deutsche Kurzform (WURS-K) (Rösler et al., 2021)	Fragebogen zur retrospektiven Beurteilung der Symptome in der Kindheit	Teil von HASE, basierend auf den Wender Kriterien
Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) (Kirsch & Haible-Baer, 2021)	Screening-Fragebogen zur Selbstbeurteilung der ADHS-Symptomatik	Es liegt eine Kurz- und eine Langform vor (WHO).
Conners Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten für Erwachsene (Christiansen et al., 2014)	Fragebögen mit Selbst- und Fremdrating	Es liegen jeweils Screening, eine Kurz- und eine Langform vor (Hogrefe).
Kölner ADHS-Test für Erwachsene (KATE) (Lauth & Minsel, 2014)	Fragebögen zur Erfassung der Symptome inkl. ASRS, und Erfassung des Funktionsniveaus, der Verhaltensmerkmale und den exekutiven Funktionen nach Barkley.	Mehrere Fragebögen (Hogrefe)
ADHS-Screening für Erwachsene (ADHS-E/LE) (Schmidt & Petermann, 2013)	Fragebogen zur Erfassung der Symptome gemäß der Leitlinien	Es liegt eine Kurz- und eine Langform vor (Pearson).
Wender-Reimherr-Interview (Rösler et al., 2021)	Strukturiertes Interview zur Beurteilung von typischen ADHS-Symptomen des Erwachsenenalters	Teil von HASE, basierend auf den Wender Kriterien
Diagnostisches Interview für ADHS bei Erwachsenen (DIVA) (Kojj et al., 2019)	Semi-strukturiertes Interview zur Erhebung der Symptomatik nach DSM (gegenwärtig und in der Kindheit)	Es ist sowohl eine Paper- and-Pencil- als auch eine App-Version verfügbar (www.divacenter.eu).

Tabelle 2: Diagnostische Verfahren zur Diagnose von ADHS im Erwachsenenalter

lassen sich von diesen ablenken. Oft zeigen sie sich auch risikobereiter und bleiben in potenziell gefährlichen Situationen eher unbesorgt. Zudem vermeiden ADHS-Betroffene nicht Gedanken und Situationen, die dem Trauma ähneln oder mit diesem verbunden sind.

Abgrenzung von Angst- oder Zwangsstörungen

Oft kommen auch Menschen mit Angst- oder Zwangsstörungen zur ADHS-Diagnostik. Diese berichten ebenfalls häufig von Konzentrationsschwierigkeiten. Auch in diesem Fall gilt es, genau zu explorieren, wie und wohin sich der gedankliche Fokus verlagert. ADHS-Betroffene schweifen gedanklich zu den verschiedensten Themen, während Menschen mit Angst oder Zwang auf ihre Angstthemen fixiert sind. Sie sind dabei oft sehr kontrolliert – das schaffen ADHS-Patientinnen oder -Patienten hingegen nicht.

Zudem sind Ängste und Zwänge beides Störungsgruppen, die in Phasen verlaufen und einen definierbaren Beginn aufweisen. ADHS besteht bei den Betroffenen seit Lebensbeginn und fühlt sich so für sie „normal“ an. Ängste und Zwänge sind demgegenüber ich-dyston und die Betroffenen empfinden sie nicht als zu sich gehörig.

Manchmal ist zwanghaft wirkendes Verhalten jedoch eine

Art Überkompensation. So berichten ADHS-Betroffene gelegentlich von häufigem Nachkontrollieren, ob die Autotür abgeschlossen oder der Herd bzw. das Bügeleisen auch wirklich ausgeschaltet ist, wenn das Haus verlassen wird. Hier ist die Frage danach, ob es schon vorgekommen sei, dass sie vergessen hätten, etwas auszumachen oder abzusperrern, aufschlussreich. Denn ADHS-Betroffenen passiert das mitunter häufig, sodass ein solches wiederholtes Nachprüfen funktional sein kann. Zudem können sie es meist sehr schnell wieder einstellen – es sei denn, es hat sich *zusätzlich* ein Zwang entwickelt. Dann gilt es, zunächst diesen zu behandeln und danach zu schauen, ob zudem noch Anzeichen für eine ADHS vorhanden sind.

Bei all den differentialdiagnostischen Überlegungen muss natürlich auch die Frage der Komorbiditäten diskutiert werden. Denn bei ADHS-Betroffenen zeigt sich eine höhere Wahrscheinlichkeit, im Laufe ihres Lebens auch an weiteren psychischen Erkrankungen zu leiden. Bei der Neuaufnahme einer Behandlung ist so nicht immer die Unterscheidung zwischen Differentialdiagnose oder Komorbidität möglich. Liegt, wenn mehrere ADHS-Kriterien erfüllt sind, auch noch eine andere phasenhafte psychische Erkrankung vor, so sollte vorrangig diese behandelt werden. Nach der Remission der in Phasen verlaufenden Erkrankung kann dann erneut anhand der ADHS-Kriterien eine diagnostische Prüfung vorgenommen werden.

- Symptomatik ist überdauernd und nicht episodenhaft (sofern unbehandelt)
- Symptomatik ist nicht durch Substanzkonsum/Suchterkrankung verursacht
- ICD-Kriterien im Erwachsenenalter sind erfüllt
- ICD-Kriterien im Kindesalter sind erfüllt
- Externe Bestätigung der Kriterien
 - aktuell
 - in der Kindheit (Zeugnisse, Vorbefunde, Eltern)
- Funktionsbeeinträchtigungen in mehr als einem Lebensbereich
 - aktuell
 - in der Kindheit (Zeugnisse, Vorbefunde, Eltern)
- Ausschluss organischer Störungen als bessere Erklärung
- Ausschluss anderer psychischer Störungen als bessere Erklärung

Kasten 3: Checkliste zur Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter

Zusammenfassung: ADHS-Diagnostik ist kein Hexenwerk

Eine umfassende und leitliniengemäße Diagnostik basiert auf einer umfangreichen Exploration, die die Spezifität der Aufmerksamkeitsstörung von Menschen mit ADHS berücksichtigt. Zur Exploration gehören auch die Fremdanamnese und die Erfassung der Komorbidität. Eine hilfreiche Komponente in der Diagnostik stellt zudem die Verhaltensbeobachtung dar, bei der häufig die Impulskontrollstörung nochmals gut erkannt werden kann. Zur weiteren Absicherung der Diagnose liegen etliche Fragebogenverfahren vor, die sowohl retrospektiv als auch bezüglich der gegenwärtigen Symptomatik im Selbst- und Fremdurteil die Informationen der Exploration ergänzen. Leitliniengerecht müssen organische Ursachen der beobachteten Symptome mit einer körperlichen und orientierenden neurologischen Untersuchung konsiliarisch vom Hausarzt ausgeschlossen werden. Neuropsychologische Testverfahren können dazu dienen, das Störungsbild objektiv zu erfassen; sie sind aber nicht konklusiv und können daher nicht zum Ausschluss der Diagnose herangezogen werden. In Kasten 3 haben wir eine Checkliste zusammengestellt, anhand derer Sie den Diagnoseprozess nachvollziehen können. Beginnen Sie immer mit einer ausführlichen Anamnese inklusive Substanz- und Bildungsanamnese. (In Letzterer werden meist früh Schwierigkeiten in standardisierten Situationen deutlich, in denen Stillsitzen erwartet wird und sich an von außen aufgestellte Regeln gehalten werden muss. Im späteren Verlauf lassen sich defizientes Aufmerksamkeitsverhalten und Sprunghaftigkeit erkennen.) Meist ergibt sich aus der ausführlichen Anamnese schon, ob andere psychische Störungen als symptomtombildend in Betracht gezogen werden müssen. Daran schließt sich die Fragebogendiagnostik an. Liefert sie erhöhte Werte, sollte ein klinisches Interview herangezogen werden, um ein etwaiges Erfüllen der Kriterien in der Gegenwart und in der Kindheit zu prüfen. Gleichzeitig sollten die Symptome verifiziert werden, etwa durch Verhaltensbeobachtung, Fremdbeurteilung oder Zeugnisse.

In der klinischen Versorgung wird eine ausführliche Anamnese immer aufgenommen, somit entsteht nur ein geringer zeitlicher Zusatzbedarf durch die Erhebung der Bildungsana-

mnese. Sie kann also im Rahmen der Sprechstunden erledigt werden. Sofern keine mit größerem Zeitaufwand verbundenen Prüfungen von vermuteten Komorbiditäten oder differentialdiagnostischen Abklärungen vorzunehmen sind, kann die spezifische ADHS-Diagnostik in drei Sitzungen abgeschlossen sein. Sollten eine depressive Störung, Substanzkonsum oder eine andere phasenhafte psychische Störung vorhanden sein, empfiehlt es sich, vorrangig diese zu behandeln und erst nach Abklingen der depressiven Symptome oder anderen phasenhaften Erkrankungen die spezifische ADHS-Diagnostik zu starten.

Ausblick

Die ICD-11 sortiert die ADHS bei den Neurodevelopmental Disorders ein, sodass sie aus der Ecke der „Kinderkrankheiten“ herauskommen und als überdauernde Erkrankung gesehen wird. Erfreulicherweise folgt die ICD-11 inhaltlich den im DSM-5 beschriebenen Kriterien. Auch der Name „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“ (oder kurz: ADHS) hat sich damit durchgesetzt und löst die Bezeichnungen „Hyperkinetische Störung“ bzw. „einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ ab.

Literatur

- Baer, N. & Kirsch, P. (2023). Alles nach Plan. Weinheim: Beltz.
- Baer, N. & Kirsch, P. (2010). TADSE – Training bei ADS im Erwachsenenalter. Weinheim: Beltz.
- Christiansen, H., Hirsch, O., Abdel-Hamid, M. & Kis, B. (2014). Conners Skalen zur Aufmerksamkeit und Verhalten für Erwachsene. Göttingen: Hogrefe.
- AWMF. (2017). Kurzfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“ (2017). Online verfügbar unter: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/6f514fd31d75221054f1d880bda9637728e2b92d/Langfassung%20ADHS%20Leitlinie_080618.pdf [22.04.2024].
- Kirsch, P. & Haible-Baer, N. (2021). Therapietools ADHS im Erwachsenenalter. Weinheim: Beltz.
- Kooij, J. J. S., Francken, M. H., Bron, A. & Wynchank, D. (2019). DIVA-5 – Diagnostisches Interview für ADHS bei Erwachsenen (3. Aufl.). Den Haag, NL: DIVA Foundation.
- Lauth G.W. & Minsel, G. R. (2014). Kölner ADHS-Tests für Erwachsene. Göttingen: Hogrefe.
- Lis, S., Baer, N., Stein-en-Nosse, C., Gallhofer, B., Sammer, G. & Kirsch, P. (2010). Objective measurement of motor activity during cognitive performance in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 122, 285–294.
- Rösler, M., Retz-Junginger, P., Retz, W. & Stieglitz, R.-D. (2021). Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene: HASE; Untersuchungsverfahren zur syndromalen und kategorialen Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter (2., überarb. und erg. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, S. & Petermann, F. (2013). ADHS-E. ADHS-Screening für Erwachsene (2. Aufl.). Frankfurt: Pearson.
- Stieglitz, R.-D., Nyberg, E. & Hofecker-Fallahpour, M. (2012). ADHS im Erwachsenenalter (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 47). Göttingen: Hogrefe.



Dr. Nina Haible-Baer

Korrespondenzanschrift:
haible-baer@pvz-mh.de

Dr. Dipl.-Psych. Nina Haible-Baer ist Psychologische Psychotherapeutin, Dozentin und Supervisorin. Sie ist als Lehrtherapeutin am Fachbereich Psychologie der Goethe-Universität in Frankfurt tätig und in eigener Praxis niedergelassen.



Prof. Dr. Peter Kirsch

Prof. Dr. Peter Kirsch ist Leiter der Abteilung Klinische Psychologie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit und Professor für klinische Psychologie an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg. Daneben ist er seit vielen Jahren als Psychologischer Psychotherapeut, Dozent und Supervisor tätig.