

adult. Hinzu kommt der nicht zu den Stimulanzien zählende Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer Atomoxetin (Handelsname: Strattera®). Die Verschreibung dieser Mittel ist im Erwachsenenalter ab dem Alter von 18 Jahren möglich.

Eine generelle Zulassung zur Behandlung von Senioren ist damit allerdings nicht verbunden. In der Arzneimittelinformation von Medikinet® adult und Ritalin® adult findet sich der Hinweis, dass eine Verschreibung bei älteren Menschen nicht vorgenommen werden soll, und bei Strattera® wird ausgeführt, dass für die Behandlung von Personen ab dem 65. Lebensjahr keine Erfahrungswerte vorliegen. Dies bedeutet, dass die Methylphenidat-Präparate nur im Wege einer off-Label Verschreibung angewendet werden können. Für Strattera® existiert zwar kein ausdrückliches Nicht-Verschreibungsgebot, indessen ist der Verweis auf die fehlenden Erfahrungen bei Menschen ab dem 65. Lebensjahr ein deutlicher Warnhinweis, dass die Verschreibung nicht unproblematisch sein kann.

Trotz des spärlichen und erweiterungsbedürftigen empirischen Wissens kann nach Einschätzung der Leitungsgruppe des zentralen adhs-netzes eine medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat-Präparaten oder mit Atomoxetin auch bei Senioren indiziert sein. Damit sind

Senioren gemeint, bei denen schon früher eine ADHS diagnostiziert und behandelt wurde, aber auch Personen bei denen die Diagnose erstmals nachgewiesen wurde und eine Behandlung erforderlich ist. In dieser Altersgruppe muss grundsätzlich bei jeder Medikamentengabe auf Interaktionen mit anderen Krankheiten (insbesondere kardiovaskulären) und altersassoziierte pharmakokinetische Veränderungen in Bezug auf mögliche unerwünschte Medikamentenwirkungen geachtet werden.

AUTOREN | Die Leitungsgruppe des zentralen adhs-netzes, 06.02.2018; **Manfred Döpfner**, Köln; **Tobias Banaschewski**, Mannheim; **Michael Rösler**, Homburg; **Klaus Skrodzki**, Forchheim

Literatur:

Kooij, J. S., Michielsen, M., Kruihof, H., & Bijlenga, D. (2016). ADHD in old age: a review of the literature and proposal for assessment and treatment. *Expert review of neurotherapeutics*, 16, 1371-1381.

Manor, I., Rozen, S., Zemishlani, Z., Weizman, A., & Zalsman, G. (2011). When does it end? Attention-deficit/hyperactivity disorder in the middle aged and older populations. *Clinical neuropharmacology*, 34, 148-154.

Michielsen, M., Semeijn, E., Comijs, H. C., van de Ven, P., Beekman, A. T., Deeg, D. J., & Kooij, J. S. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in older adults in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 201, 298-305

ALLGEMEINES

Zehn Mythen und Fakten Was auch immer Sie über ADHS denken: Stimmt das?

Sie wissen, wofür die Abkürzung ADHS steht:

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Aber sind Sie sicher, dass Sie Mythen und Fakten nicht verwechseln? Lesen Sie den wichtigen Gastbeitrag von Marc Edel, Experte für ADHS im Erwachsenenalter.

Mythos 1: ADHS ist selten und kommt nur im Kindesalter vor.

ADHS ist eine der häufigsten psychiatrischen Diagnosen, auch bei Erwachsenen. 2 bis 3 Prozent aller Erwach-

senen weltweit haben die Störung, aber nur bei einem Teil von ihnen wurde sie jemals gestellt. Die ADHS-Symptomatik nimmt grundsätzlich im Lauf des Lebens ab, bei den meisten Betroffenen im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter, bei manchen erst im mittleren Erwachsenenalter und bei einigen wenigen erst sehr spät im Leben.

Mythos 2: ADHS ist keine richtige Diagnose.

ADHS ist eine der am besten erforschten psychiatrischen Diagnosen bei Kindern, Jugendlichen und Erwach-

senen. Die Diagnose wurde – nach einem jahre- bis jahrzehntelangen Forschungs- und Abstimmungsprozess unter Fachleuten – in beide weltweit wichtigen psychiatrischen Diagnose-Systeme (ICD-10 und DSM-IV/5) aufgenommen. Für die Diagnose, die im psychiatrischen Bereich „Störung“ und nicht „Krankheit“ genannt wird, ist nicht in erster Linie die Schwere der Symptomatik entscheidend, sondern die Beeinträchtigung durch die Symptome in wichtigen Lebensbereichen. Der wichtigste Zweck einer psychiatrischen Diagnose ist übrigens nicht die Einordnung und Bezeichnung eines Syndroms, sondern die Ermöglichung von „störungsspezifischer“ Therapie.

Mythos 3: Die Diagnose ADHS wurde von der Pharmaindustrie in die Welt gesetzt beziehungsweise wird von ihr gefördert, um Gewinne mit Stimulanzien (Methylphenidat und Amphetamin) zu machen.

Es stimmt, dass die Pharmaindustrie Gewinne auch mit Stimulanzien macht. Das ist normal. Die Aufnahme der Diagnose ADHS in Klassifikationssysteme erfolgte erst einmal unabhängig von der Pharmaindustrie. Von der Industrie geförderte Therapiestudien bestätigten allerdings später die Richtigkeit und Berechtigung der Diagnose: 1. zeigte der positive Einfluss der Medikamente auf das Dopamin-Botenstoffsystem, dass dieses System tatsächlich bei ADHS nicht gut funktioniert und 2. kommt es unter der Medikation meistens zu einer deutlichen Abnahme von ADHS-Symptomen und dadurch zu Reduzierung von Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen und zu einer Verbesserung der Lebensqualität.

Mythos 4: Menschen mit dieser Diagnose rechtfertigen ihre Faulheit oder Undiszipliniertheit damit.

Viele Studien und die Interviews mit Betroffenen zeigen, dass sich Menschen mit ADHS durchaus konzentrieren, strukturieren, regulieren, beruhigen und mit anderen gut zurecht kommen wollen, dies oft sogar verzweifelt versuchen, es aber aufgrund ihrer ADHS-Symptome einfach nicht schaffen. Ihnen zu unterstellen, sie bemühten sich eben nicht richtig, oder eine verständnisvolle Psychotherapie würde das Problem ohne Weiteres beseitigen, bedeutet, die Betroffenen nicht wirklich ernst zu nehmen.

Mythos 5: Lebensumstände wie Stress-Phasen bewirken ADHS-Symptome.

Es stimmt, dass Stress, zum Beispiel durch private oder berufliche Konflikte, ADHS-Symptome verstärken kann, Stress ist aber nicht die Ursache für ADHS-Symptome. Die Ursachen sind zu etwa 75 Prozent genetischer Art, und Umweltfaktoren können eine ADHS-Neigung (in der Kindheit) zur Ausprägung bringen oder ADHS-Symptome verstärken.

Mythos 6: Methylphenidat kann süchtig machen.

Theoretisch kann auch Methylphenidat süchtig machen. In der psychiatrischen Arbeit ist das jedoch kein Thema. Die für Erwachsene mit ADHS zugelassenen beiden Methylphenidat-Präparate (Medikinet adult® und Ritalin Adult®) sind beide Retard-Präparate, das heißt Medikamente mit verzögerter Freisetzung des Wirkstoffs. Auch die Dosierung (so wenig wie möglich, so viel wie nötig) ist bei Patienten mit ADHS nicht geeignet, um Sucht zu erzeugen. Patienten mit einer ADHS plus einer Suchterkrankung dürfen, solange sie Suchtsubstanzen wie Alkohol, Cannabis oder Amphetamin konsumieren, kein Methylphenidat verordnet bekommen. Mehrere Studien haben gezeigt, dass die Suchtneigung von ADHS-Patienten in der Jugend und im Erwachsenenalter abnimmt, wenn sie konsequent mit Methylphenidat behandelt werden.

Mythos 7: Stimulanzien blockieren Verhaltensveränderungen, zum Beispiel durch eine Psychotherapie.

Dies stimmt so nicht. Es gibt keine einzige Studie, die belegt, dass Methylphenidat oder Amphetamin die sogenannte Selbstwirksamkeitserwartung, das heißt die Zuversicht, Probleme aus eigener Kraft oder mit der geeigneten Unterstützung selbst lösen zu können und sich als handlungsfähig zu erleben, reduziert. Methylphenidat dürfte allerdings die Selbstwirksamkeitserwartung auch nicht direkt verbessern. Es ist aber so, dass eine Medikation bei den meisten Erwachsenen mit ADHS Voraussetzung für weitergehende Veränderungen im Rahmen von Lernprozessen (das heißt auch in einer Psychotherapie oder in einem Coaching) ist. Methylphenidat ersetzt also keine Lernvorgänge, kann aber eine bessere Grundlage für deren Erfolg ermöglichen.

Mythos 8: Menschen mit ADHS sind für viele Berufe ungeeignet.

Ich würde es eher andersherum und anders formulieren: Manche Berufe sind für Menschen mit ADHS weniger geeignet, aber gut therapiert können Betroffene eigentlich jeden Beruf erfolgreich ausüben. Wichtig ist, dass die Diagnose ADHS nicht nur Beeinträchtigungen, sondern auch besondere Fähigkeiten (Ressourcen) – wie Begeisterungsfähigkeit, Kreativität, Beharrlichkeit – mit sich bringt. Diese Ressourcen können in bestimmten Berufszweigen geradezu „zur Blüte gebracht“ werden.

Mythos 9: Menschen mit ADHS sollten gar nicht erst mit Medikamenten anfangen, weil sie diese ein Leben lang einnehmen müssten.

Meiner Erfahrung nach reicht es in den meisten Fällen, wenn eine Methylphenidat-Therapie für einige Jahre

durchgeführt wird. Ich sammle gerade Erfahrungen damit, inwieweit eine mehrmonatige Neurofeedback-Therapie nach einigen Jahren die Beendigung der Medikation erleichtern beziehungsweise die Medikation ablösen könnte.

Mythos 10: Hinter der Diagnose ADHS im Erwachsenenalter stecken andere Störungen wie Depressionen, Persönlichkeitsstörungen oder Angststörungen.

Ja und nein: Es stimmt, dass bei einer unbehandelten ADHS im Erwachsenenalter das Risiko beziehungsweise die Häufigkeit zusätzlicher („komorbider“) Diagnosen zunimmt, und dass ein Teil der Symptome dieser zusätzlichen Störungen ADHS-Symptomen ähnlich sieht. Es ist aber wichtig, eine mögliche ADHS, die gegebenenfalls ja als erste Diagnose da war, und die weitere Störungen begünstigt haben könnte, nicht zu übersehen: Einmal als Erklärungsmodell für die Betroffenen, vor allem aber, um gezielte Therapie anbieten und dadurch die Stärke und Auswirkungen der komorbiden Störungen reduzieren zu können.

AUTOR | Dr. Marc Edel

Dr. Marc Edel ist Chefarzt der Fliedner Klinik Gevelsberg (Ambulanz und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik) und Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie. Er hat eine Spezialsprechstunde für ADHS im Erwachsenenalter aufgebaut, die er leitet.

Quelle: www.merkur.de

Wir bedanken uns beim Autor und dem **Münchener Merkur** für die freundliche Genehmigung zur Veröffentlichung des Artikels.

Tipps für den ADHS – Familienalltag

Ein Leben mit ADHS bringt ständige Herausforderungen mit sich - das kostet Kraft. Vor allem, wenn man als Elternteil selbst auch betroffen ist! Doch es ist möglich, dass der Alltag entspannter wird. Das berichten mir immer wieder Eltern, die an meinen Elterntrainings teilgenommen haben. Ich möchte in diesem Artikel einige Anregungen geben.

Darum ist der erste Tipp: Nehmen Sie an einem **ADHS-Elterntaining** teil! Dort lernen Sie, ihr Kind bes-

ser zu verstehen und besser mit ihm umzugehen. Dazu gehört zu verstehen, welche Auswirkungen die andere Netzwerknutzung im Gehirn eines Kindes mit ADHS hat. Und Sie können sich dort mit anderen Eltern austauschen. Das gilt auch für **ADHS-Selbsthilfegruppen**, die sehr entlastend und informativ sein können. Je mehr hilfreiches Wissen Sie über ADHS haben, umso besser werden Sie den herausfordernden Alltag bewältigen können!

Der Begriff ADHS beinhaltet in diesem Artikel sowohl ADHS mit als auch ohne Hyperaktivität.

Was kann noch helfen, dass der Alltag entspannter wird? Einige praxisbewährte Anregungen dazu:

→ Kinder mit ADHS haben Probleme mit Umstellungen. Sie brauchen eine **Ankündigung** vor einer Umstellung, etwas Neuem oder einer „Fahrplanänderung“. Hilfreich ist ein Küchenwecker, der als Ankündigung beispielsweise fünf Minuten vor dem Ende des Spielens läutet.

→ Bei einem Kind mit ADHS, das überreizt oder irritiert ist, kann die Stimmung unmittelbar kippen. Es kann heftig erregt sein und verletzende Dinge sagen. Nehmen Sie diese Äußerungen nicht persönlich! Versuchen sie, **tief durchzuatmen**, bevor Sie reagieren. Stellen Sie sich vor, vor Ihnen sei eine Plexiglasscheibe, an der die Aussagen Ihres Kindes abprallen.

→ Wenn das **Kind erregt** ist, möglichst die Stimme senken und den Blickkontakt meiden, weil sonst die Erregung steigt (in vielen anderen Situationen ist jedoch Blickkontakt sinnvoll!). Auch eine Auszeit kann hilfreich sein. Besprechen Sie vorher in einer ruhigen Minute mit dem Kind, wie das konkret aussehen wird, wenn ein gefühlsmäßiger „Vulkanausbruch“ drohen sollte. Machen Sie ein **Signalwort** wie „Abkühlen“ aus. Das bedeutet dann, dass das Kind die Situation verlässt und z. B. in sein Zimmer gehen wird. Wichtig ist, dass das Kind dies als Unterstützung, nicht als Strafe versteht!

→ **Gelassenheit** und liebevoller (nicht beschämender!) Humor sind Fertigkeiten, die trainierbar sind. Es lohnt sich, manches wird dadurch entspannter!

→ Weil der Alltag viel Kraft und Nerven kostet (Sie leisten oft Schwerstarbeit!), ist ein **positiver Ausgleich** wichtig. Tun Sie regelmäßig etwas, das Ihnen guttut, wo Sie auftanken können. Um Stresshormone abbauen zu können, ist Bewegung sehr gut. Planen Sie auch Zeiten ein, in denen Sie gemeinsam mit dem Kind etwas Schönes erleben können.