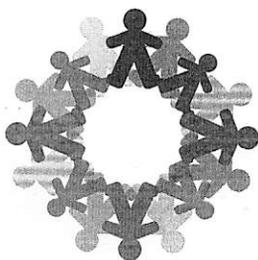


Facharzt-Leitfaden

ZWANGSSTÖRUNGEN & ADHS

Von der Hintergrundinformation bis zur Therapie.
Wissenswertes und Konkretes zum Thema ADHS und Komorbiditäten.

Christian Konkol
Ulrich Preuß



GEMEINSAM
ADHS
BEGEGNEN
MEDICE – EINE GUTE WAHL

Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen,

**eine Komorbidität von ADHS, mit der Ärzte in Klinik und Praxis
konfrontiert sein können, sind Zwangsstörungen.**

Auf den ersten Blick erscheint diese Konstellation nicht naheliegend zu sein. Sie liegt schon deshalb nicht unbedingt auf der Hand, weil beide Störungsbilder in Bezug auf bestimmte (Kern-) Symptome eher gegensätzliche Ausprägungen zeigen: Während beispielsweise für die ADHS Einschränkungen der (Impuls-) Kontrolle charakteristisch sind, findet sich im Rahmen einer Zwangsstörung typischerweise übermäßiges Kontrollverhalten. Andererseits ergeben sich aus Familienstudien Hinweise darauf, dass Zwangsstörungen im Kindesalter und ADHS statistisch gehäuft auftreten. Beide Störungen lassen außerdem eine Assoziation zu Tic-Störungen bzw. zum Tourette-Syndrom und zu pathologischem Hortungsverhalten erkennen.¹ Hier ist zu hoffen, dass das heutige, im DSM-5 und (der erwarteten) ICD-11 niedergelegte Verständnis von Zwangsstörungen als Spektrumstörung die klinische Zuordnung zu Varianten dieser Komorbidität möglicherweise verbessern kann.

Die vorliegende Broschüre will aufzeigen, dass beide Störungsbilder in der Praxis als komorbide Konstellation vorkommen. Sie möchte auf eine damit einhergehende – im Vergleich zu den einzelnen Störungen oft verstärkte – klinische Problematik aufmerksam machen und verdeutlichen, dass Betroffene in hohem Maße auf therapeutische Hilfe angewiesen sein können. Die vorgestellten Kasuistiken können u. a. veranschaulichen, dass es bei dieser Konstellation gerade nicht um den typischen Patienten mit Zwangsstörung oder mit ADHS geht.

Wir wünschen uns, dass Sie daraus etwas für Ihre tägliche Arbeit mitnehmen können und verbleiben mit kollegialen Grüßen,

Ihr Christian Konkol und Ulrich Preuß

Zwangsgedanken, Zwangshandlungen: Oftmals in Kombination

Zwanghaftes Handeln und/oder zwanghaftes Denken kommen nicht ausschließlich in einer pathologischen Ausprägung vor, sondern sind auch als nicht-pathologische Variante relativ häufig. Viele Menschen kennen mitunter Unsicherheit bei der Frage, ob beispielsweise die Wohnung richtig abgeschlossen oder der Herd ausgeschaltet wurde. Ähnliches gilt für Zwangsgedanken, etwa in Form der Befürchtung, anderen Menschen körperliche Gewalt antun zu müssen oder den Kinderwagen mutwillig loszulassen. Anders als Gesunden gelingt es Menschen mit Zwangsstörung nicht, diese Gedanken einer Realitätsprüfung zu unterziehen und sich davon zu distanzieren.

Zwangsstörungen manifestieren sich häufig in der Kindheit oder Jugend; die Prävalenzrate in dieser Zeit wird auf 1–3 % geschätzt.^{2,3} Neben einem Gipfel der Ersterkrankungen zwischen dem achten und dreizehnten Lebensjahr wird ein zweiter Gipfel um das einundzwanzigste Lebensjahr beschrieben.

Ausschließlich Zwangsgedanken oder ausschließlich Zwangshandlungen treten nur bei wenigen Patienten auf; mehrheitlich kommen beide Symptombereiche gemischt vor (ICD-10: F42.2). Unter den Zwangsgedanken sind Kontaminationsgedanken (50 % der Fälle), pathologische Zweifel (42 %), somatische Zwangsbefürchtungen (33 %) und ein übersteigertes Symmetriebedürfnis (32 %) am häufigsten. Unter den Zwangshandlungen dominieren Kontrollrituale (60 %), Waschrouten (50 %), Zählzwänge (36 %) und zwanghaftes Fragen (34 %). In klinischen Stichproben kamen bei 72 % der Patienten mehrere Zwangsvorstellungen gleichzeitig vor, bei 58 % mehrere Zwangshandlungen.⁴

Häufige Probleme und Einschränkungen im Alltag ergeben sich für Betroffene beispielsweise durch eine mit der Störung öfter einhergehende:

- starke Neigung, Dinge zu ordnen
- Angst, Fehler zu machen
- Angst, negative Ereignisse auszulösen
- Angst, Entscheidungen zu treffen
- mangelnde Fähigkeit, zu priorisieren und systematisch zu arbeiten
- Angst, Risiken oder Wagnisse einzugehen
- Befürchtung, dass Dinge außer Kontrolle geraten

Interessant für die Praxis:

Die Einordnung der Zwangsstörung im DMS-5 sowie in der geplanten ICD-11 ist bzw. wird gegenüber den Vorgängerversionen vereinfacht. Ein wichtiger Aspekt ist dabei, dass die Zwangsstörung – ähnlich wie Erkrankungen aus dem Autismus-Spektrum – heute im Sinne eines Krankheitsspektrums interpretiert wird.

Diagnostische Kategorien des Zwangsstörungs-Spektrums nach DSM-5 sind:

- Körperdysmorphie Störung
- Zwanghaftes Horten
- Trichotillomanie
- Dermatillomanie (Skin Picking)
- Medikamenten-/Drogeninduzierte Störung (z. B. Stimulanzen, Kokain)
- Zwangsstörung aufgrund anderer medizinischer Bedingungen (z. B. PANDAS-Erkrankung)

Diagnostische Kategorien des Zwangsstörungs-Spektrums nach ICD-11 (geplant):

- Zwangsstörung mit/ohne Krankheitseinsicht/nicht spezifiziert
- Körperdysmorphie Störung mit/ohne Krankheitseinsicht/nicht spezifiziert
- Olfaktorisches Referenzsyndrom mit/ohne Krankheitseinsicht/nicht spezifiziert
- Hypochondriasis mit/ohne Krankheitseinsicht/nicht spezifiziert
- Zwanghaftes Horten mit/ohne Krankheitseinsicht/nicht spezifiziert
- Körperfokussiertes repetitives Verhalten
- Trichotillomanie
- Dermatillomanie (Skin Picking)
- Anders spezifiziertes körperfokussiertes repetitives Verhalten
- Körperfokussiertes nicht spezifiziertes repetitives Verhalten

Ätiopathogenese von Zwangsstörungen

Für Zwangsstörungen wird eine multifaktorielle Ätiopathogenese angenommen, bei der biologische, psychologische und externe Faktoren zusammenwirken. Familienstudien sowie nicht-klinische Allgemeinbevölkerungsstudien legen eine familiäre Häufung nahe.^{5,6} Auch Zwillingsstudien konnten einen Einfluss genetischer Faktoren zeigen. Nachgewiesen wurden Konkordanzraten von 22–47 % bei zweieiigen- und 53–87 % bei eineiigen Zwillingen.⁷ Insgesamt scheint der Einfluss von Erbfaktoren bei bestimmten Gruppen mit Zwangserkrankung deutlicher ausgeprägt zu sein als bei anderen, etwa bei frühem Erkrankungsbeginn, bei Ordnungs-/Symmetriezwängen und komorbider Tic-Störung.

Neurobiologisches Modell

Ungleichgewichte zwischen hemmenden und erregenden Bahnen im Bereich der Basalganglien scheinen die Entwicklung von Zwangssymptomen zu begünstigen. Kennzeichnend sind verstärkte emotionale Bewertungen aus dem orbitofrontalen Kortex bei gleichzeitig vermindertem Einfluss des dorso-lateralen präfrontalen Kortex. Auf diese Weise könnten kognitive Schemata bestimmend werden, die primär durch Befürchtungen gekennzeichnet sind.⁸ Für die Entwicklung und Persistenz von Zwangssymptomen scheint eine vs. Gesunden veränderte Verarbeitung von Informationen relevant zu sein sowie dysfunktionale Überzeugungen und daraus resultierende Bewältigungsversuche.

Betroffene überschätzen oftmals die eigene Verantwortlichkeit, die Bedeutung eigener Gedanken sowie die Eintrittswahrscheinlichkeit von Gefahren. Ein Streben nach Perfektionismus und eine Intoleranz gegenüber Ungewissheit können relevant sein, ebenso die Annahme, dass eine Kontrolle über eigene Gedanken möglich und notwendig sei.^{9,10}

Nach einem metakognitiven Modell basiert die Aufrechterhaltung einer Zwangsstörung wesentlich auf zwei Unterkategorien von Einstellungen:

- der Einstellung zur Bedeutung und zu Konsequenzen von intrusiven Gedanken
- der Einstellung gegenüber der Notwendigkeit, Rituale durchzuführen, und den sich aus dem Unterlassen der Rituale ergebenden negativen Konsequenzen¹¹

Kognitiv-behaviorale Modelle stellen die Verarbeitung von Informationen und deren Bewertung in den Mittelpunkt der Betrachtung. Zusätzlich spielen Lernerfahrungen eine Rolle – etwa eine Reduktion unangenehmer Empfindungen durch Rituale. Entsprechend steht der Umgang mit diesen Aspekten im Vordergrund einer kognitiv-behavioralen Verhaltenstherapie.

Diagnostik: Zwangsgedanken und Zwangshandlungen explizit erfragen

Von Patienten mit Zwangsstörung ist bekannt, dass sie ihre Symptome über lange Zeiträume verharmlosen bzw. vor Dritten verbergen und deswegen trotz z.T. hohem Leidensdruck keine psychologische oder psychiatrische Hilfe nachfragen.

Erhebungen zufolge vergehen vom Beginn einer Zwangssymptomatik bis zur Konsultation eines Arztes oder Psychologen im Durchschnitt 7,5 Jahre. Die Konsultation erfolgt oftmals erst, wenn die Symptomatik große Teile des Alltags bestimmt. Auch in psychiatrischen Fachpraxen scheint die Störung bei einem Teil der Patienten unterdiagnostiziert.¹² Entsprechend wird empfohlen, Patienten mit bekannter psychischer Störung explizit und gezielt zum Vorliegen einer Zwangssymptomatik zu befragen. In der klinischen Erfahrung zeigt sich insgesamt, dass eine Zwangsstörung in der Konstellation als Komorbidität oftmals erst im längerfristigen Verlauf erkannt wird.

Qualitativ können im ärztlichen Interview auch Zwangsverhaltensweisen und Zwangssymptome von Kindern erfragt werden. So kann beispielsweise die Frage gestellt werden, ob das Kind Hortungsverhalten zeigt, d.h. unnötig und extrem viele Dinge anhäuft. Dieser Aspekt kann im Kontext einer Komorbidität mit ADHS relevant sein, da beide Erkrankungen häufig in Verbindung mit zwanghaftem Horten auftreten.

Als einfache und zeitökonomische Variante für ein mögliches Vorgehen bei Erwachsenen wird in der S3-Leitlinie das Zohar-Fineberg Obsessive Compulsive Screen (ZF-OCS) vorgeschlagen.¹³ Dieses wird positiv gewertet, wenn Patienten eine von fünf Fragen mit „Ja“ beantworten und gleichzeitig eine Beeinträchtigung angeben:

- Waschen und putzen Sie sehr viel?
- Kontrollieren Sie sehr viel?
- Haben Sie quälende Gedanken, die Sie loswerden möchten, aber nicht können?
- Brauchen Sie für Alltagstätigkeiten sehr lange?
- Machen Sie sich Gedanken um Ordnung und Symmetrie?

Die Nachteile, die Patienten bei verzögerter Diagnosestellung, spät einsetzender spezifischer Therapie und einem damit assoziierten Risiko für Chronifizierung entstehen, werden an dieser Stelle höher gewichtet als ein möglicher Nachteil aufgrund eines zunächst falsch positiven Befundes.

Grundlage einer erweiterten Diagnostik ist das an den Kriterien der ICD-10 orientierte klinische Interview.¹⁴ Nach Döpfner (1999, 2000) ist die vertrauensvolle und tragfähige Beziehung zum Patienten die Basis für das diagnostische Vorgehen. Exploriert werden die aktuelle Zwangssymptomatik des Patienten (unter Einbeziehung der Eltern) sowie die Entstehung und der Verlauf der Symptome. Zudem sind allgemein zwanghafte Verhaltenstendenzen des Patienten sowie das Störungskonzept zu explorieren. Eine Intelligenz- und Leistungsdiagnostik kann bei gegebener Indikation angezeigt sein. Die Symptomstärke sollte erfasst und Behandlungsziele bzw. die Behandlungsplanung definiert werden.

Speziell für Anwendungen im Rahmen klinischer Studien wurden unterstützende diagnostische Instrumente entwickelt. Zur Fremdeinschätzung erwachsener Patienten ist die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) am besten etabliert, welche in einer deutschen Version vorliegt.¹⁵ Zudem kann das ebenfalls in deutscher Bearbeitung vorliegende Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) eingesetzt werden.^{16,17} Hier sind auf Basis einer Selbstbeurteilung Einschätzungen zu den Parametern Waschen, Kontrollieren, Ordnen, Zwangsgedanken, Horten sowie mentales Neutralisieren mit Zahlen möglich. Bei Jugendlichen ab 16 Jahren kommt zur Selbstbeurteilung z. B. das Hamburger Zwangsinventar (HZI) infrage¹⁸, das häufig in einer Kurzform (HZI-K)¹⁹ eingesetzt wird.

Bei Kindern sind Aussagen zum Schweregrad einer Zwangsstörung anhand der CY-BOCS (Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) möglich.²⁰ Andere unterstützende Instrumente zur Beschreibung einer Symptomatik sind u. a. K-SADS²¹ oder Kinder-DIPS²².

Differenzialdiagnostische Abgrenzungen²³ **(modifizierter Auszug)**

- **Subklinisches Zwangsverhalten**
(ohne Nachteile für z. B. die Entwicklung eines Kindes)
- **Rituale im Sinne stabilisierender, nicht belastender Handlungen**
- **Zwanghafte Beschäftigung mit gedanklichen Inhalten**
im Rahmen zum Beispiel von Phobien, Essstörungen, Depressionen
 - ▶ Gedankeninhalte beziehen sich bei der Differenzialdiagnose (DD) ausschließlich auf zentrale Aspekte der anderen Achse-I-Störung; z. B. sind depressive Grübeleien ich-synton.
- **Zwanghafte Persönlichkeitsstörung**
 - ▶ Die DD wird als ich-synton erlebt, charakteristische Zwangshandlungen sowie Zwangsgedanken fehlen.
- **Schizophrene oder wahnhafte Störungen**
 - ▶ Kennzeichnend für Zwangsstörungen sind Ich-Dystonie sowie die Fähigkeit zur Realitätsprüfung.
- **Autistische Störungen**
 - ▶ Im Rahmen von autistischen Störungen werden Zwangssymptome meist als ich-synton erlebt und sind nicht mit Unbehagen assoziiert.
- **Zwanghaft wirkende Tics**
(z. B. komplex-motorische Tic-Störungen)
 - ▶ Bei Tics sind die Handlungen nicht zweckgerichtet, gehen nicht mit Befürchtungen einher und sind willentlich kaum unterdrückbar. Zudem steht die körperliche Anspannung im Vordergrund.
- **Stereotypien**
(z. B. bei autistischen Störungen oder geistiger Behinderung)
 - ▶ Stereotypien wirken als Stimulation bei Reizmangel oder als Ablenkung bei Überlastung und werden daher von Betroffenen als angenehm erlebt.
- **Rigidität bei ADHS**
 - ▶ Rigidität bei ADHS stellt den Versuch dar, das innere Chaos der eigenen Gedankenwelt zu kontrollieren.

Kriterien für die Diagnose einer Zwangsstörung (ICD-10)*

Die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen (oder beides) bestehen an den meisten Tagen über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen.

Die Zwangsgedanken und Zwangshandlungen zeigen sämtliche folgende Merkmale:

- Sie werden von den Betroffenen als eigene Gedanken/Handlungen angesehen und nicht als von anderen Personen oder Einflüssen eingegeben.
- Sie wiederholen sich dauernd und gehen mit unangenehmen Empfindungen einher. Mindestens ein Zwangsgedanke oder eine Zwangshandlung werden von den Betroffenen selbst als übertrieben oder unsinnig betrachtet.
- Gegen mindestens einen Zwangsgedanken oder eine Zwangshandlung wird erfolglos Widerstand geleistet. Bei lange bestehenden Zwängen kann der Widerstand allerdings sehr schwach sein.
- Die Ausführung der Zwangshandlungen wird als nicht angenehm empfunden. Dies ist von einer vorübergehenden Erleichterung der Spannung und Angst zu unterscheiden.

Die Betroffenen leiden unter den Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen. Zusätzlich werden sie durch den besonderen Zeitaufwand in ihren normalen Aktivitäten beeinträchtigt.

Komorbidität: Zwangsstörung und ADHS

Zwangsstörungen im Kindesalter und ADHS sind überzufällig häufig assoziiert, wie Familienstudien ergaben.^{24,25} Hatten Eltern und Geschwister von Kindern mit ADHS selbst auch eine ADHS, lag ihr Risiko für das gleichzeitige Bestehen einer Zwangsstörung etwa vierfach höher als bei Verwandten, die nicht an ADHS erkrankt waren.

Auf Basis dieser Befunde wurde die Existenz eines eigenen familiären Subtyps postuliert. Bei ADHS wurde eine mittlere Heritabilität von 76 %²⁶ und somit ein vergleichsweise hoher Einfluss genetischer Faktoren festgestellt. Dabei erscheinen die Effekte einzelner Kandidatengene für die Ätiologie der ADHS gering.^{27,28} Insbesondere wird nicht angenommen, dass einzelne Gene an sich einen substanziellen Anteil an den beobachteten ADHS-Varianzen erklären können.²⁹ Für die Zwangserkrankung fanden sich bisher keine genomweiten Verknüpfungen. Hier gibt es jedoch Hinweise auf eine Beteiligung von Chromosom 1 und 10. Assoziationen zu Polymorphismen in serotonergen und glutamatergen Genen wurden beschrieben.

In Bezug auf die Symptomatik sowie bei genetischen und funktionellen Aspekten scheinen bei ADHS und Zwang häufig Störungen in gleichen Bereichen vorzuliegen – mit jedoch teilweise gegensätzlichen daraus resultierenden Formen der Beeinträchtigung. Als pathobiochemisches und pathogenetisches Korrelat beider Störungen werden neurobiochemische Auffälligkeiten in insbesondere präfrontal-kortikalen Bereichen diskutiert. Hier wird bei beiden Störungen eine Beteiligung von Glutamat vermutet, wobei die Zwangsstörung in diesem Modell – bezogen auf präfrontale Bereiche – als hyperglutamaterger und die ADHS als hypoglutamaterger Zustand interpretiert wird.^{30,31,32}

Auch anhand klinischer Stichproben ist eine Komorbidität von ADHS und Erkrankungen aus dem Zwangsspektrum beschrieben. Zunächst erhobene widersprüchliche Befunde wurden auf einen fehlenden Ausschluss von Tic-Störungen als zusätzlich bestehender Komorbidität zurückgeführt. War diese Voraussetzung erfüllt, konnte z. B. für Kohorten mit in der Kindheit diagnostizierter Zwangsstörung vs. Kontrollen eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit für das gleichzeitige Vorliegen einer ADHS gezeigt werden.¹ Zudem wurden Anhaltspunkte für eine starke Assoziation einer ADHS mit einem zwanghaften Hortungsverhalten der Patienten gefunden, also einem Symptom, das bei Zwangsstörungen regelmäßig beobachtet wird. Hier gibt es Übereinstimmung mit Untersuchungen, nach denen bei Menschen mit Hoarding eine deutliche Beeinträchtigung oder Abnormalität der Exekutivfunktionen beschrieben wurde, einschließlich einer Aufmerksamkeitsproblematik.

Klinische Folgen bei komorbider ADHS und Zwangserkrankung

Menschen mit Zwangsstörungen sind in mehrfacher Hinsicht betroffen. Bei Kindern kann die Störung die Entwicklung beeinträchtigen, da sie oftmals zu einer geringeren sozialen Teilhabe führt. Kontakte mit Gleichaltrigen bereiten insgesamt große Probleme.

Solche Schwierigkeiten können in der komorbiden Konstellation mit ADHS verstärkt vorliegen. Das Leistungsvermögen in Schule, Ausbildung und Beruf ist oftmals deutlich eingeschränkt.

Im ungünstigsten Fall zeigt sich sowohl die mit einer Zwangsstörung oft assoziierte Tendenz zu langsamem und umständlichem Arbeiten als auch das unorganisierte chaotische Arbeiten von Menschen mit ADHS. In dieser Form Betroffene haben erhebliche Schwierigkeiten, z. B. unter Zeitdruck zu arbeiten. Zwangspatienten suchen ein Berufsumfeld mit Sicherheit vermittelnden Strukturen, in denen ein systematisches, ordnendes Vorgehen gefordert ist und ausreichend Möglichkeiten zur Überprüfung der Ergebnisse bestehen. Arbeitsbereiche, in denen ein schnelles, assoziatives, kreatives Arbeiten gefragt ist, ggf. mit einer Notwendigkeit für die Einschätzung von Risiken, werden möglichst vermieden. Somit sind Patienten mit Zwangsstörungen – anders als Menschen mit ADHS – eher selten freiberuflich oder als Unternehmensgründer tätig. In der komorbiden Konstellation wird typischerweise ein hoher Leidensdruck in den genannten Bereichen berichtet.

Die klinischen Konsequenzen der Komorbidität und eventuelle (Langzeit-) Folgen für Betroffene sind nur teilweise systematisch untersucht. Kleineren klinischen Stichproben zufolge könnte ADHS in der Kindheit die frühe Manifestation einer Zwangsstörung begünstigen.³³ Bei Erwachsenen mit Zwangsstörungen und einer späteren ADHS-Diagnose fanden sich Hinweise auf eine ausgeprägtere psychosoziale Beeinträchtigung und vermehrte Komorbidität mit u. a. Tic-Störungen und oppositionellem Verhalten bzw. einer Störung des Sozialverhaltens. Auch eine ausgeprägtere Angstsymptomatik und stärkere Impulsivität wurden beschrieben.^{28,34} Die Ausprägung der Zwangsstörung selbst wurde durch die ADHS jedoch nicht beeinflusst. Zudem wurden Anhaltspunkte gefunden, nach denen sowohl eine ADHS als auch eine Zwangserkrankung das Funktionsniveau von Kindern möglicherweise stärker einschränken als eine gleichzeitig bestehende Tic-Störung.

Therapie der Komorbidität Zwangsstörung und ADHS

Die Therapie der ersten Wahl bei Zwangsstörungen ist die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit den Kernelementen der Exposition und Reaktionsverhinderung. Die Erfolgsaussichten bei dieser Therapieform sind insgesamt gut.

Im Rahmen einer KVT sollen Betroffene in die Lage versetzt werden, sich mit den individuellen Auslösern der Zwangshandlungen bzw. Zwangsgedanken zu konfrontieren (Exposition), ohne die gewohnten Rituale zur Abmilderung der Angst auszuführen (Reaktionsverhinderung). Dazu werden die Zwangsgedanken in Anwesenheit des Therapeuten bewusst hervorgerufen. Dies kann oftmals zu einem starken Anstieg der Angst führen. Ein Ziel ist es zu vermitteln, dass das Weglassen der Rituale nicht zu einer befürchteten schlimmen Situation oder Katastrophe führt. Zwangsgedanken bzw. Zwangshandlungen einerseits und die befürchteten Konsequenzen andererseits sollen möglichst als voneinander getrennte, nicht zusammenhängende Phänomene wahrgenommen werden. Durch Wiederholungen der Exposition kann sich eine Gewöhnung (Habituation) einstellen mit der Folge, dass Zwangshandlungen nicht oder nicht mehr in dem früheren Ausmaß ausgeführt werden müssen. Bei schwerer Zwangsstörung kann zusätzlich zur Verhaltenstherapie eine medikamentöse Behandlung, z. B. mit einem Wirkstoff aus der Gruppe der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, erwogen werden.



Bei ADHS wird die medikamentöse Therapie neben der Psychoedukation, bestehend aus Information und Beratung zum Störungsbild, und ggf. einer ADHS-spezifischen Verhaltenstherapie als Therapieform der ersten Wahl eingesetzt. Goldstandard bei der Einleitung einer Medikation ist in allen Altersgruppen Methylphenidat (MPH). Wenn bei Zwangs-

störung eine medikamentöse Therapie begonnen werden soll und eine ADHS-Therapie bereits besteht, kann die Möglichkeit einer gleichzeitigen medikamentösen Behandlung geprüft werden. Alternativ kann zunächst die eine, dann die andere Störung medikamentös behandelt werden.

Fallbeispiel 1

Erstvorstellung am 1.8.2016

Die 28-jährige Patientin (unverheiratet, allein lebend) stellt sich nach Zuweisung durch den Hausarzt mit der Diagnose depressive Anpassungsstörung vor. Sie arbeitet nach abgeschlossenem BWL-Studium und mehreren Jahren Berufserfahrung als selbstständige Finanzmaklerin.

Anamnese

Die Patientin berichtet seit 2 Jahren bestehende massive Ängste und speziell die Angst, dass ihre Wohnung in ihrer Abwesenheit überschwemmt wird. Die Vorstellung tritt oft bei Berufsreisen auf, besonders bei hoher Arbeitsbelastung („Wenn die Dinge zu entgleiten drohen“). Um zu verhindern, dass der Gedanke an ständig steigendes Wasser Wirklichkeit wird, müsse sie jedes Mal zur Wohnung fahren. Für diese Kontrollen nimmt sie Umwege von bis zu mehreren Hundert Kilometern in Kauf. Ein kürzlich begonnenes berufsbegleitendes Studium verstärkte die Probleme im Beruf erheblich. Da die Patientin ihre beruflichen Aufgaben zunehmend nicht mehr erfüllen konnte, erfolgte eine Krankschreibung.

Vordiagnosen

Depressive Anpassungsstörung (F43.2) sowie eine im Kindesalter diagnostizierte und seitdem kontinuierlich behandelte ADHS (F90.0).

Diagnostik

Auf Wunsch der Patientin wurde die Diagnose ADHS mittels IDA bestätigt. Mittels Wisconsin Card Sorting Test (WCST) wurden Möglichkeiten zu Problemlösestrategien und Handlungsplanung überprüft. Schwächen im Bereich der Lernleistung wurden mithilfe des Verbalen Lern- und Merkfähigkeitstests (VLMT) ausgeschlossen. Anamnesticke Hinweise auf eine komorbide Zwangserkrankung zur bereits bekannten ADHS wurden klinisch bestätigt.

Befund/Diagnose

Bestätigte ADHS (F90.0), reaktive depressive Anpassungsstörung (F43.2) nach Überforderung sowie Zwangsgedanken und -handlungen gemischt (F42.2).

Therapie

Weiterführung der medikamentösen Behandlung der ADHS mit einem Methylphenidat-Retardpräparat. Aufgrund der akuten Belastung geringe Erhöhung der Tagesdosis von 2x20 mg auf 2x30 mg.

Verlauf

Die Patientin beschreibt die MPH-Medikation als unterstützend bei der Umsetzung der Verhaltenstherapie. Die Zwangssymptome zeigen sich unter der Verhaltenstherapie gebessert.

Fazit und Kommentar

Eine Zwangsstörung kommt als wichtige Differenzialdiagnose sowie als Komorbidität zur ADHS vor. Die Prognose ist unter kombinierter medikamentöser und verhaltenstherapeutischer Behandlung in der Regel gut.

Fallbeispiel 2

Erstvorstellung am 15.9.2018

Auf Drängen der Partnerin stellt sich ein 38-jähriger Patient vor (verheiratet, zwei Söhne im Alter von 7 und 9 Jahren, im gemeinsamen Haushalt lebend). Der Patient ist Inhaber einer Anwaltskanzlei.

Anamnese

Der Patient beschreibt sich selbst als kreativ und chaotisch; die Intelligenz ist weit überdurchschnittlich (IQ 136). Probleme bereitet ihm die mangelnde Fähigkeit zu priorisieren. Zur Kompensation der organisatorischen Schwächen im Berufsumfeld hat der Patient eine Sekretärin eingestellt. Vorgänge kann er nur bearbeiten, wenn diese an die genau richtige Stelle in Ordnern abgelegt werden. Die Situation kippt in die Überforderung, nachdem der Patient zusätzlich ein Notariat übernimmt. Da er hier keine Hilfe bei der Priorisierung hat, beginnt er, Arbeiten zu verschieben, bis die Situation eskaliert. Als Reaktion darauf zieht er sich während der Bürozeiten in Computerspiele zurück. Die Partnerin bemerkt ähnliches Verhalten wie bei den Söhnen, die ADHS haben, und fordert die Vorstellung in der Praxis.

Vordiagnosen

Für den Patienten sind keine Vordiagnosen bekannt. Bei beiden Söhnen wurde in 2017 ADHS diagnostiziert (F90.0 bzw. F90.1). Eine medikamentöse Behandlung wurde begonnen.

Diagnostik, ab 21.11.2018

VLMT, WCST und TAP zur Aufmerksamkeitstestung lagen im Referenzbereich. Der Patient zeigte sich aufgrund seines deutlich überdurchschnittlichen IQ von diesen Tests nicht gefordert.

Befund/Diagnose

Diagnose einer ADHS mit begleitender Störung des Sozialverhaltens (F90.1). Zwangserkrankung als Komorbidität zur ADHS (F42.2).

Therapie

Einleitung einer medikamentösen Behandlung der ADHS mit einem Methylphenidat-Retardpräparat (2x10 mg täglich). Titration über 14 Tage auf 2x20 mg täglich. Die empfohlene Verhaltenstherapie der Zwangsstörung (Exposition mit Reaktionsmanagement) wurde beantragt und genehmigt, jedoch vom Patienten zunächst abgelehnt.

Verlauf

Unter ADHS-Therapie zeigt sich nach wenigen Wochen eine verbesserte Fähigkeit zum konzentrierten Arbeiten. Der Patient berichtet, Aufgaben besser priorisieren zu können. Dadurch reduzieren sich die Prokrastinationsneigung und der Druck, Ordnungsrituale ausführen zu müssen.

Die erhöhte Konzentrationsfähigkeit unterstützt die verhaltenstherapeutischen Übungen zur Besserung der Zwangssymptome. Dem Patienten fällt es leichter, an zwangsauslösende Situationen bewusst zu denken und die damit verbundenen Gedanken auszuhalten. Er berichtet, zunehmend Kontrolle über den Zwang zu gewinnen. Auf dieser Basis setzt er die medikamentöse Behandlung fort, möchte jedoch weiterhin keine Verhaltenstherapie beginnen.

Fazit und Kommentar

Beim Patienten kippte die Situation nach beruflicher Überforderung. Die zur Kompensation eingesetzten Zwangsrituale nahmen überhand und verstärkten dadurch die Problematiken im Zusammenhang mit der ADHS. Unter spezifischer Therapie besserte sich die ADHS-Symptomatik zügig. Indirekt konnte die Verhaltenstherapie der Zwangsstörung unterstützt werden. Die berufliche Situation ist stabilisiert; der Patient berichtet eine deutlich gebesserte Lebensqualität, was auch die Partnerin bestätigt.

Literatur

- ¹ Sheppard B, Chavira D, Azzam A et al. ADHD prevalence and association with hoarding behaviors in childhood-onset OCD. *Depress Anxiety* 2010; 27(7): 667–674
- ² Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL et al. Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27(6): 764–771
- ³ Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL et al. Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33(6): 782–791
- ⁴ Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical and epidemiologic findings of significance to neuropharmacologic trials in OCD. *Psychopharmacol Bull.* 1988; 24(3): 466–470
- ⁵ Pauls DL, Alsobrook JP 2nd, Goodman W et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152(1): 76–84
- ⁶ Nestadt G, Samuels J, Riddle M et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(4): 358–363
- ⁷ Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S et al. Familiality of obsessive-compulsive disorder in nonclinical and clinical subjects. *Am J Psychiatry* 2006; 163(11): 1986–1992
- ⁸ Baxter LR Jr, Saxena S, Brody AL et al. Brain Mediation of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms: Evidence From Functional Brain Imaging Studies in the Human and Nonhuman Primate. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1996; 1(1): 32–47
- ⁹ Freeston MH, Rhéaume J, Ladouceur R. Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behav Res Ther.* 1996; 34(5–6): 433–446
- ¹⁰ Taylor S, Abramowitz JS, McKay D et al. Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder? *J Anxiety Disord.* 2006; 20(1): 85–97
- ¹¹ Fisher PL, Wells A. Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: a test of the metacognitive model. *Behav Res Ther.* 2005; 43(6): 821–829
- ¹² Wahl K, Kordon A, Kuelz KA et al. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is still an unrecognized disorder: a study on the recognition of OCD in psychiatric outpatients. *Eur Psychiatry* 2010; 25(7): 374–377
- ¹³ Fineberg NA, Roberts A. Obsessive compulsive disorder: a twenty-first century perspective. In: Fineberg NA, Marazziti D, Stein D editors. *Obsessive Compulsive Disorder: A Practical Guide.* Martin Dunitz, London. Vgl. Wahl et al., 2010
- ¹⁴ Dilling H, Freyberger HJ. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 3. Auflage 2006. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
- ¹⁵ Hand I, Büttner-Westphal H. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): Ein halbstrukturiertes Interview zur Beurteilung des Schweregrades von Denk- und Handlungszwängen. *Verhaltenstherapie* 1991; 1: 223–225
- ¹⁶ Foa EB, Coles M, Huppert JD et al. Development and validation of a child version of the obsessive compulsive inventory. *Behav Ther.* 2010; 41(1): 121–132
- ¹⁷ Gönner S, Leonhart R, Ecker W. Das Zwangsinventar OCI-R – die deutsche Version des Obsessive-Compulsive Inventory-Revised. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, 2009
- ¹⁸ Zaworka W, Hand I, Lünenschloß K, Jauernig G. Das Hamburger Zwangsinventar. 1. Auflage 1983. Beltz, Weinheim
- ¹⁹ Klepsch R, Zaworka W, Hand I, Lünenschloß K, Jauering G. Hamburger Zwangsinventar – Kurzform. 1. Auflage 1993, Beltz, Weinheim
- ²⁰ Goodman WK et al. CY-BOCS – Beurteilungsskala für Zwangsstörungen bei Kindern. Deutsche Übersetzung durch Steinhausen HC: www.pukzh.ch/default/assets/File/15_3_CY-BOCS.pdf
- ²¹ Kaufman J, Birmaher, Brent DA et al. K-SADS-PL. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2000; 39(10): 1208
- ²² Unnewehr S, Schneider S, Margraf J. Kinder-DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. 2. Auflage 2009, Springer
- ²³ Walitza S, Melissen S, Jans T et al. Zwangsstörung im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt* 2011; 108(11): 173–179
- ²⁴ Geller D, Petty C, Vivas F et al. Further evidence for co-segregation between pediatric obsessive compulsive disorder and attention deficit hyperactivity disorder: a familial risk analysis. *Biol Psychiatry* 2007; 61(12): 1388–1394
- ²⁵ Geller D, Petty C, Vivas F et al. Examining the relationship between obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: a familial risk analysis. *Biol Psychiatry* 2007; 61(3): 316–321
- ²⁶ Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2005; 57(11): 1313–1323
- ²⁷ Coghill D, Banaschewski T. The genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Rev Neurother.* 2009; 9(10): 1547–1565
- ²⁸ Faraone SV, Mick E. Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2010; 33(1): 159–180
- ²⁹ Sonuga-Barke E. In: Banaschewski T, Coghill D, Danckaerts M, Döpfner M, Rohde L A, Sonuga-Barke E, Taylor E, Zuddas A. *ADHS and Hyperkinetic Disorder. Chapter: Pathogenesis.* Oxford University Press 2010
- ³⁰ Brem S, Grünblatt E, Drechsler R et al. The neurobiological link between OCD and ADHD. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2014; 6(3): 175–202
- ³¹ Maltezos S, Horder J, Coghlan S et al. Glutamate/glutamine and neuronal integrity in adults with ADHD: a proton MRS study. *Transl Psychiatry* 2014; 4: e373
- ³² Simpson HB, Shungu DC, Bender J Jr et al. Investigation of cortical glutamate-glutamine and -aminobutyric acid in obsessive-compulsive disorder by proton magnetic resonance spectroscopy. *Neuropsychopharmacology* 2012; 37(12): 2684–2692
- ³³ Tan O, Metin B, Metin S. Obsessive-compulsive adults with and without childhood ADHD symptoms. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2016; 8(3): 131–138
- ³⁴ Masi G, Millepiedi S, Mucci M et al. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in referred children and adolescents. *Compr Psychiatry* 2006; 47(1): 42–47

Bisher erschienen:



Medikinet® adult 5 mg, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg. Wirkst.: Methylphenidathydrochlorid. **Zus.setzg.:** 1 Hartkps. enthält Methylphenidathydrochlorid 5 mg/10 mg/20 mg/30 mg/40 mg/50 mg/60 mg. Sonst. Best.teile: Kps.inhalt: Sacrose, Maisstärke, Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer, Talkum, Triethylcitrat, Poly(vinylalkohol), Macrogol 3350, Polysorbat 80, Na-hydroxid, Na-dodecylsulf., Simeicon, hochdispers. Si-dioxid, Methylcellul., Sorbinsäure, Indigocarmin, Al-hydroxid. Kps.hülle: Gelatine, Ti-dioxid, Na-dodecylsulfat, Ger. Wasser; zusätzl. b. 10 mg u. 20 mg: Erythrosin, Patentblau V; zusätzl. bei 30 mg, 40 mg, 50 mg u. 60 mg: Erythrosin, Fe(II,III)-oxid, Indigocarmin. **Anw.:** Im Rahmen einer therap. Ges.strategie zur Behand. einer seit Kindesalter fortbest. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) bei Erw. ab 18 J., wenn sich and. therap. Maßn. allein als unzureich. erwiesen haben. Die Behandl. muss unter Aufsicht e. Spezialisten f. Verh.störungen durchgef. werden. Die Diagn. sollte anhand der gültigen DSM-Krit. o. Richt. in ICD-10 gestellt werden u. basiert auf e. vollst. Anamn. u. Unters. d. Pat. Diese schließen ein strukturiertes Interview inkl. SB-Skalen zur Erfassung d. akt. Sympt. stützen. **Gegenanz.:** Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff o. einen der sonst. Bestand.; Glaukom; Phäochromozytom; während od. inn. v. mind. 14 Tagen n. Einn. v. MAO-Hemmern; Hyperthyreose o. Thyreotoxikose; Diagn. o. Anamn. v. schw. Depr.; Anorexia nerv./anorekt. Störg.; Suizidneig.; psychot. Sympt.; schw. affekt. Störg.; Manie; Schizophren.; psychopath./Borderline-Pers.k.störg.; Diagn. o. Anamn. v. schw. u. episod. (Typ I) bipol. affekt. Störg.; vorbest. Herz-Kreislauf-Erkr. einschl. schw. Hypertonie, Herzinsuffizienz, art. Verschlusskrankh., Angina pec., hämodyn. signifik., angeb. Herzfehler, Kardiomyopathien, Myokardinf., Arrhythmien u. Kanalopathien; vorbest. zerebrovaskul. Erkrank.; bek. ausgepr. Anazidität d. Magens mit pH-Wert > 5,5, bei H2-Rezeptorenblocker- o. Antazidatherapie. **Nebenw.:** Sehr häufig: Schlaflosigkeit, Nervos., Kopfschm. Häufig: Nasopharyng.; Anorexie, verm. Appetit, mäßig verr. Gewichts- u. Größenzunahme b. längerer Anw. b. Kindern; Affektlab., Aggression, Unruhe, Angst, Depression, Reizbar., anorm. Verh.; Schwindel, Dyskinesie, psychomot. Hyperakt., Schläfrigkeit; Arrhythmie, Tachykardie, Palpitationen; Hypertonie; Husten, Rachen- u. Kehlkopfschm.; Bauchschm., Durchfall, Übelkeit, Magenbeschw. u. Erbrechen; Mundtrockenh.; Haarausfall, Pruritus, Hautausschl., Urtikaria; Arthralgie; Fieber; Veränd. v. Blutdr. u. Herzfreq. Gelegentlich: Überempf.keitsreakt., wie z. B. angioneurot. Ödem, anaphylakt. Reakt., Ohrschwellung, bullöse u. exfol. Hauterkrank., Juckreiz, Eruptionen; psychot. Störg.; akust., opt. u. takt. Halluzinationen; Wut, Suizidgedank., Stimmungsänd. u. -schwankungen, Rastlosigkeit, Weinerlichk.; Tics o. Tourette-Syndrom, erh. Wachheit, Schlafstörg.; Sedierung, Tremor; Diplopie, verschw. Sehen; Brustschm.; Dyspnoe; Verstopfung; Anstieg v. Leberenzym.; Myalgie, Muskelzucken; Hämaturie; Müdigk.; Herzgeräusch. Selten: Manie, Desorientierth., Libidostörg., Probl. b. d. Augenakkommodat., Mydriasis, Sehstörg., Angina pec., Hyperhidrosis, makul. Hautausschl., Erythem; Gynäkomastie. Sehr selten: Anämie, Leukopenie, Thrombozytopenie, thrombozytop. Purpura; Suizidvers. (einschl. vollend. Suizid), vorüberg. depr. Verstimmung, anorm. Denken, Apathie, stereotype Verh.weisen, Überfokussierung; Krampfanf., choreoathetische Beweg., revers. ischäm. neurol. Defizit, NMS (schwach dokumentiert); Herzstillst., Myokardinf.; zerebr. Arteritis u./o. Hirngef.verschl.; periphere Kälte, Raynaud-Phänom.; gestört. Leberfunkt. einschl. hepat. Koma; Erythema multif., exfoliat. Dermatitis, fix. AM-Exanthem; Muskelkrämpfe, plötzl. Herztod; erhöhte alkal. Phosphatase u. erh. Bilirubin im Blut; red. Thromboz.zahl, anorm. Zahl d. weißen Blutkörper. Nicht bekannt: Pancytopenie, Wahnvorstell., Denkstörungen, Verwirrtheitszust., Logorrhoe, zerebrovask. Erkrank. (einschl. Vaskulitis, Hirnblutungen, Schlaganf., zerebr. Arteritis, Hirngefäßverschluss), Grand-Mal-Anfälle, Migräne, supraventrikul. Tachykardie, Bradykardie, ventrikul. Extrasystolen, Menstruationsstörungen, erektile Dysfunktion, Priapismus, verstärkte Erektion und Dauererektion, Thoraxbeschw., Hyperpyrexie. Hinw.: Es wurden Fälle u. Abhängigk. beschrieben, öfter b. sofort freisetzenden Darreichungsformen. Warnhinw.: Enth. Sacrose. Verschreibungspflichtig. Weitere Hinw. s. Fachinfo. Stand: 03/2018. MEDICE Pharma GmbH & Co. KG, Kuhlweg 37, 58638 Iserlohn. www.adhs-infoportal.de

1. Auflage 2019

Herausgeber:

MEDICE Pharma GmbH & Co. KG, Iserlohn

MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG, Iserlohn

www.medic.de

www.adhs-infoportal.de

Gestaltung: WEFRA Classic GmbH

Ein Service von



GEMEINSAM
ADHS
BEGEGNEN
MEDICE – EINE GUTE WAHL