



Störung oder Besonderheit? Die Blicke auf ADHS sind sehr unterschiedlich.

FOTO: IMAGO/POND5 IMAGES, BEARBEITUNG: SZ

„Es geht nicht um Pathologisierung“

Mehr Diagnosen für Erwachsene mit ADHS und ADS: Weshalb das prinzipiell eine gute Nachricht ist und wie präzise die Aufmerksamkeitsstörung erkannt wird, erklärt Psychiaterin Alexandra Philipsen.

Interview von Christina Berndt

Beim Thema ADHS gibt es einen anhaltenden Boom: Immer mehr Erwachsene erhalten die Diagnose „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung“, kurz ADHS, oder „Aufmerksamkeitsdefizitstörung“, kurz ADS. Was hinter der Zunahme an Diagnosen steckt und was von diesem Trend zu halten ist, erklärt die Psychiaterin und AD(H)S-Expertin Alexandra Philipsen vom Universitätsklinikum Bonn.

SZ: Frau Philipsen, die Zahl der ADHS- und ADS-Diagnosen bei Erwachsenen hat sich in den vergangenen zehn Jahren verdreifacht. Wie finden Sie das, gut oder schlecht?

Alexandra Philipsen: Beides. Wir haben bei Erwachsenen definitiv einen großen Nachholbedarf. Derzeit liegen wir bei einem Anteil von etwa 0,7 Prozent Diagnosen in der erwachsenen Bevölkerung. Wir können aber davon ausgehen, dass der Anteil der Betroffenen in Wahrheit 2,5 Prozent beträgt. Insofern ist es gut, wenn sich die Lücke schließt und mehr Erwachsene mit ADHS und ADS eine Diagnose bekommen.

Aber es gibt noch eine andere Seite?

Ja, die gibt es. Diagnosen werden unter Umständen auch zunehmend bei Menschen gestellt, die ADS oder ADHS gar nicht in dem Maße haben, dass sie eine Diagnose oder gar eine Behandlung bräuchten. Die vielleicht manche Symptome haben, denen es aber insgesamt gut geht, die nicht durch ADHS beeinträchtigt sind. Wir haben dazu für das Erwachsenenalter leider aktuell keine validen Zahlen, wir gehen von durchschnittlich zehn bis 20 Prozent aus, das ist aber regional sehr unterschiedlich. Zudem müssen wir berücksichtigen, dass mögliche Beeinträchtigungen durch ADHS einer gewissen Fluktuation über die Lebensspanne unterliegen.

Welche Probleme folgen daraus?

Problematisch wird es vor allem dann, wenn eine Behandlung folgt, die nicht indi-

ziert ist. Wie jede medikamentöse Therapie ist auch die der ADHS nicht nebenwirkungsfrei, im Extremfall, also selten, kann es auch zu einer Psychose kommen. Deshalb ist es wichtig, dass man sich als Betroffene oder Betroffener immer einem Spezialisten vorstellt.

Zu der größeren Aufmerksamkeit für ADHS tragen auch die sozialen Medien bei. Auch hier stellt sich die Frage: Wie finden Sie das, gut oder schlecht?

Auch hier: beides. Es ist gut, weil für die Bevölkerung viel mehr Wissen verfügbar ist

Online-Talk

In einem SZ-Live-Gesundheitsforum sprechen am Mittwoch, 8. Juli, von 19.30 Uhr an Experten und Betroffene über das Thema ADHS. Während der Online-Veranstaltung werden auch Fragen von Zuschauenden beantwortet. Die Teilnahme ist kostenlos, eine Anmeldung unter www.live.sz.de erforderlich.

als früher und weil es auch zur Entstigmatisierung beiträgt, wenn Prominente oder Influencer sich als betroffen outen. Aber es gibt auch eine negative Seite: Viele Posts in den sozialen Medien enthalten Falschinformationen oder bilden nur Teilaspekte ab. Sie führen deshalb oftmals auf eine falsche Fährte und zu falschen Selbstdiagnosen. Das hat letztlich auch zur Folge, dass sich viel mehr Menschen als früher in unseren Ambulanzen melden, sodass Betroffene mit starkem Leidensdruck am Ende schlechteren Zugang zu einer Versorgung haben.

Woran erkennen Fachleute denn eine echte ADS oder ADHS?

Das Kernsymptom sind die Probleme bei der Aufmerksamkeitsregulation. Die Betroffenen leiden unter ihrer Unaufmerksamkeit – und zwar in einem Ausmaß,

dass es ihnen wirklich schwerfällt, etwa Vorträgen oder Vorlesungen zu folgen. Auch haben sie Probleme, längere Texte konzentriert zu lesen. Abschweifen ist für sie ein Riesenthema. Und zwar so ein großes, dass dadurch Beeinträchtigungen entstehen. Hinzu kommt bei der ADHS eine motorische Unruhe mit hohem Bewegungsdrang, bei Erwachsenen ist es oft innere Unruhe. Und es gibt eine hohe Impulsivität.

Das sind alles sehr menschliche Symptome. Wie gelingt es, etwa einen natürlichen Bewegungsdrang von einem pathologischen abzugrenzen?

Es geht dabei immer um die Frage, wie stark die Symptome ausgeprägt sind und ob diese wirklich zu einer Beeinträchtigung führen. Dazu besprechen wir mit den Patientinnen und Patienten auch ihre Biografie sehr genau. Ist es hier zu Problemen und Brüchen durch ADHS-Symptome gekommen? Wurden also Schulabschlüsse nicht erreicht, gingen Beziehungen zu Bruch? Gab es ungewollte Schwangerschaften? Ein hohes Unfallrisiko? Oft findet man schon Hinweise in Schulzeugnissen, dass jemand nicht still sitzen konnte oder ständig gedanklich abgeschweift ist. Dazu sprechen wir intensiv mit den Patienten, aber immer auch mit Angehörigen und Freunden.

Wie sicher sind Sie sich am Ende?

Ich wage mal zu behaupten: 99 Prozent. Et was schwieriger wird es, wenn es zu Überlappungen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen kommt. ADS und ADHS gehen ja häufig mit anderen Erkrankungen einher, zum Beispiel mit Angststörungen, Suchterkrankungen, Autismus und Depressionen. Und die Diagnose ADS ist etwas schwieriger zu stellen als ADHS – weil es mit dem Fehlen der Hyperaktivität weniger Kernsymptome gibt.

Hinter dem Hang zur Selbstdiagnose steckt ja auch, dass Menschen froh sind, wenn sie die Diagnose bekommen. Erleben Sie das auch bei Ihren Patienten?

Es gibt sehr verschiedene Arten von Reaktionen auf die Diagnose. Manche sind wirklich erleichtert und froh, nun eine Erklärung für die Schwierigkeiten zu haben, die sie seit der Kindheit begleiten. Ständig haben sie gedacht, ich streng mich eben nicht genug an, ich bin zu faul. Das wird ihnen auch oft vom Umfeld so vermittelt. Nun erfahren sie: Ihre Gehirne sind anders verschaltet, der Stoffwechsel im Gehirn ist anders.

Aber andere freuen sich nicht?

Oft sind Sorgen mit der Diagnose verbunden; die Frage, was jetzt kommt. Bei einer Diagnose im Kindesalter verliert sich das Syndrom in einem knappen Drittel der Fälle. Bei Erwachsenen bleibt es bestehen, es verändert sich höchstens noch in der Intensität.

Eigentlich heißt es ja ADH-Störung, Sie sprechen aber oft von Syndrom. Warum?

Weil ich mit dem Begriff der Erkrankung so meine Schwierigkeiten habe. Wir brauchen ihn, um behandeln zu können. Aber zugleich gehen ADS und ADHS für Betroffene, die nicht schwer betroffen sind, durchaus auch mit positiven Seiten einher. Sie neigen zum Tagträumen, ihre Gedanken fließen umher. So sind sie oft kreativer, unkonventioneller und auch neugieriger als andere. Es heißt oft: In einem Team braucht man unbedingt jemanden mit ADHS. Und es sind eben auch nicht alle so schwer betroffen, dass sie eine Behandlung brauchen. Deshalb mag ich den Begriff Syndrom lieber: Es geht um Eigenschaften, nicht um Pathologisierung.



Alexandra Philipsen ist Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Bonn, wo sie zu ADHS und ADS forscht.

FOTO: OH