

## Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Kindes- und Jugendalter

**Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) verursachte für die Sozialsysteme der USA im Jahr 2000 insgesamt 31,6 Mrd. US-Dollar direkte und indirekte Kosten [3]. Obwohl vergleichbare Zahlen für Deutschland nicht vorliegen, ist die gesamtgesellschaftliche Relevanz des Störungsbildes daraus auch für Europa abzuleiten. Für die Betroffenen kann eine ADHS erhebliche psychosoziale Konsequenzen über die gesamte Lebenszeit hinweg haben. Eine genaue standardisierte Diagnostik ist für eine erfolgreiche Therapieplanung essenziell.**

### Anmerkungen zur Klassifikation

Die ADHS oder hyperkinetische Störungen (HKS) bezeichnen ein Verhaltensmuster, welches gekennzeichnet ist durch motorische Unruhe, vermehrte Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung, welches vor dem 6. Lebensjahr beginnt und über unterschiedliche Lebenssituationen hinweg auftreten muss.

— Die Symptomatik muss zudem das alterstypische Ausmaß deutlich überschreiten und zu einer psychosozialen oder emotionalen Einschränkung des Betroffenen und/oder seiner Umgebung führen.

Die unterschiedlichen Begriffe entspringen den verschiedenen Klassifikationssystemen ICD-10 („Hyperkinetische Störungen“, F90) und DSM-IV („Aufmerk-

samkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen“, 314.XX), die trotz einiger Übereinstimmung relevante Unterschiede aufweisen. Die ADHS wird im deutschsprachigen Raum meist quasi synonym mit dem Begriff der HKS verwendet, wobei sich in den letzten Jahren zunehmend der Begriff der ADHS bei Laien wie Fachleuten durchzusetzen scheint. Auch in der internationalen Forschung finden die DSM-IV-Kriterien bevorzugt Verwendung. Das klinische Vollbild wird in der ICD-10 als „einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ (F90.0) kodiert und entspricht im Wesentlichen dem „kombinierten Subtypus der ADHS“ (314.01) nach DSM-IV. In beiden Systemen ist die Diagnose zu stellen, wenn die Leitsymptome Aufmerksamkeitsstörung sowie Hyperaktivität und Impulsivität „überschwerig“ ausgeprägt sind. Nach DSM-IV werden weitere Subtypen unterschieden, der „vorwiegend unaufmerksame Subtyp“ und der „vorwiegend hyperaktiv/impulsive Subtyp“, für welche es in der ICD-10 keine eigene Entsprechung gibt. Jedoch kann die isolierte Aufmerksamkeitsstörung im ICD-10 schlecht operationalisiert unter der Restkategorie F98.8 kodiert werden. Oftmals wird für diese Patientengruppe die klassifikatorisch inkorrekte Bezeichnung ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom) verwendet.

Anders als im DSM-IV ist in der ICD-10 eine zusätzliche Kategorie für das gleichzeitige Vorhandensein einer HKS und einer komorbiden Sozialverhaltensstörung vorgesehen (F91.0), da es Hinweise darauf gibt, dass sich diese Patien-

tengruppe ätiologisch und prognostisch von der ADHS ohne Sozialverhaltensstörung unterscheidet [24]. Ein weiterer wesentlicher Unterschied in den Klassifikationen besteht darin, dass im DSM-IV eine psychosoziale Einschränkung nachvollziehbar sein muss, d. h. nur eine ADHS-Symptomatik, welche zu relevanten sozialen oder emotionalen Problemen führt, ist zu diagnostizieren.

Die Prävalenz wird in einer neuen Metaanalyse über die unterschiedlichen Klassifikationssysteme und kulturellen Spezifika hinweg mit weltweit 5,29% angegeben. Die Häufigkeit ist nach ICD-10 etwas geringer als nach DSM-IV, was sich allein dadurch erklären lässt, dass nach ICD-10-Forschungskriterien nur der „kombinierte Subtyp“ mit Vorliegen aller 3 Kardinalsymptome verschlüsselt wird. Für Europa kann im Kindes- und Jugendalter eine Prävalenz von knapp 5% angenommen werden [19]. Die Persistenz ins Erwachsenenalter wird auf 15–65% geschätzt. Nach einer Metaanalyse und epidemiologischen Studie leiden noch etwa 4,4% der erwachsenen Bevölkerung in den USA unter einer ADHS [10, 16]. Die geschätzte Prävalenz in Europa beträgt 1–2%.

### Klinische Beurteilung

In den soeben überarbeiteten Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (<http://leitlinien.net>) sind in einem Entscheidungsbaum (Abb. 34) die diagnostischen und differenzialdiagnostischen Schritte zusammengefasst [7].

**Tab. 1** Klinische ADHS-Kriterien des ICD-10

A. Drei der folgenden Symptome müssen im häuslichen Rahmen übermäßig stark ausgeprägt sein in Bezug auf Alter und Entwicklungsstand:
1. Kurze Dauer spontaner Aktivitäten
2. Mangelnde Ausdauer beim Spielen
3. Überhäufiges Wechseln zwischen verschiedenen Aktivitäten
4. Stark beeinträchtigte Ausdauer bei der Bewältigung von Aufgaben, die von Erwachsenen gestellt werden
5. Ungewöhnlich hohe Ablenkbarkeit während schulischer Arbeiten wie Hausaufgaben oder Lesen
6. Ständige motorische Unruhe
7. Bemerkenswert ausgeprägte Zappeligkeit und Bewegungsunruhe während spontaner Beschäftigungen
8. Bemerkenswert ausgeprägte Aktivität in Situationen, die relative Ruhe verlangen
9. Schwierigkeiten, sitzen zu bleiben, wenn es verlangt wird
B. Drei der folgenden Symptome müssen im Kindergarten oder in der Schule übermäßig stark ausgeprägt sein in Bezug auf Alter und Entwicklungsstand:
1. Außergewöhnlich geringe Ausdauer bei der Bewältigung von Aufgaben
2. Außergewöhnlich hohe Ablenkbarkeit, d. h. häufiges Zuwenden zu externen Stimuli
3. Überhäufiger Wechsel zwischen verschiedenen Aktivitäten, wenn mehrere zur Auswahl stehen
4. Extrem kurze Dauer von spielerischen Beschäftigungen
5. Beständige und exzessive motorische Unruhe in Situationen, in denen freie Aktivität erlaubt ist
6. Bemerkenswert ausgeprägte Zappeligkeit und motorische Unruhe in strukturierten Situationen
7. Extrem viele Nebenaktivitäten bei der Erledigung von Aufgaben
8. Fehlende Fähigkeit, auf dem Stuhl sitzen bleiben zu können, wenn es verlangt wird

**Tab. 2** Klinische ADHS-Kriterien des DSM-IV**Unaufmerksamkeit<sup>a</sup>**

1. beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten
2. hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten
3. scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen
4. führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder Verständigungsschwierigkeiten)
5. hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
6. vermeidet häufig oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger dauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben)
7. verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug)
8. lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken
9. ist bei Alltagsaktivitäten häufig vergesslich

**Hyperaktivität und Impulsivität<sup>a</sup>****Hyperaktivität**

1. zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum
2. steht in der Klasse oder in Situationen, in denen sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf
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)
4. hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen
5. ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“
6. redet häufig übermäßig viel

**Impulsivität**

1. platzt häufig mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist
2. kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist
3. unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein)

Einige Symptome müssen vor dem 7. Lebensjahr und in zwei oder mehr Lebenssituationen (z. B. Schule, Zuhause, Verein) auftreten. Sie müssen eine Beeinträchtigung im sozialen, schulischen bzw. beruflichen Bereich zur Folge haben und sind nicht durch ein anderes psychisches Störungsbild besser erklärbar

<sup>a</sup>In den Bereichen der Unaufmerksamkeit oder der Hyperaktivität und Impulsivität müssen jeweils sechs (oder mehr) Symptome in unangemessenem Ausmaß vorhanden sein.

## ➤ Zur Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit ist die psychosoziale Einschränkung ausschlaggebend

In den **Tab. 1 und 2** sind die klinischen Kriterien von ICD-10 und DSM-IV dargestellt. Nach ICD-10 müssen jeweils 3 Symptome der Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität erfüllt sein, die Forschungskriterien verlangen weitere Symptome hinsichtlich Impulsivität. Für die Diagnose der jeweiligen Subtypen nach DSM-IV müssen aus dem jeweiligen Symptomkomplex (Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität) mindestens 6 Kriterien zutreffen. Sind nur in einem Bereich die Kriterien erfüllt, ist die Diagnose „vorwiegend unaufmerksam“ bzw. „vorwiegend hyperaktiv/impulsiver Subtyp“ zu stellen, sind beide erfüllt, ist der „kombinierte Subtyp“ zutreffend. Zumal viele diagnostische Instrumente wie Fragebögen und klinische Interviews sich auf diese Kriterien stützen, sollte im Rahmen der Diagnostik vom Untersucher zu jedem einzelnen Kriterium eine Einschätzung hinsichtlich des Vorhandenseins und der klinischen Ausprägung vorgenommen werden. Hierzu bieten sich Checklisten (z. B. ADHS-DC, DCL-ADHS) an, welche ein kategoriales und dimensionales Rating ermöglichen. In dieses klinische Gesamturteil sollten Informationen einfließen aus der Anamnese, aus standardisierten Fragebögen für Eltern, Kinder und Lehrer bzw. Betreuer, aus der Psychodiagnostik und apparativen Diagnostik sowie dem klinischen Eindruck des Untersuchers.

In einem weiteren Schritt sind komorbide Störungen zu erfassen und andere psychiatrische Störungen (z. B. Psychosen, Autismus), umschriebene Entwicklungsstörungen sowie somatische Erkrankungen (z. B. Hyperthyreose) auszuschließen. Zur Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit ist schließlich die psychosoziale Einschränkung ausschlaggebend.

Die diagnostische Gesamtbeurteilung erfolgt nach der multiaxialen Diagnostik nach Remschmidt. Bewertungen auf 6 Achsen fügen sich hierbei zu einem umfassenden Bild des Gesundheitszustandes und der psychosozialen Situation des Patienten zusammen:

- I. klinisch psychiatrisches Syndrom,
- II. umschriebene Entwicklungsstörungen,
- III. Intelligenzniveau,
- IV. körperliche Symptomatik,
- V. assoziierte abnorme psychosoziale Umstände,
- VI. globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus [20, 21].

In der ambulanten Versorgung wird die Anamnese in der Regel mit den sorgeberechtigten Eltern durchgeführt. Sofern dies nicht möglich sein sollte (z. B. bei Heimunterbringung), sollte dennoch möglichst Kontakt zu den Bezugspersonen der Vorschulzeit hergestellt werden, um das Kriterium des Beginns vor dem 6. Lebensjahr beurteilen zu können. Es ist für die Diagnose nicht erforderlich, dass die Kriterien bereits vor dem 6. Lebensjahr voll erfüllt waren, jedoch sollten eine vermehrte motorische Unruhe und erhöhte Impulsivität und/oder vermehrte Ablenkbarkeit oder unzureichende Konzentrationsfähigkeit früh erkennbar gewesen sein. Meist gab es derlei Hinweise bereits im Kindergarten (Stören des Stuhlkreises, ausgeprägte motorische Unruhe, mangelnde Ausdauer in Spielsituationen, Integrationskonflikte etc.).

### ➤ Die Schulsituation stellt die größten Anforderungen in den Problembereichen der ADHS-Kinder

Die Schulsituation ist insofern diagnostisch hochrelevant, zumal gerade in den Problembereichen der von ADHS betroffenen Kinder die größten Anforderungen gestellt werden: konzentrierte und organisierte Mitarbeit über Stunden hinweg, Ignorieren von Ablenkungen, Unterdrückung von Impulsen und Stillsitzen. Insofern ist die Anamnese aus der Schule wesentlich für die Diagnostik und sollte durch standardisierte Fragebögen erfolgen (z. B. Conners-Skalen, FBB-HKS, TRF etc.). Gleichmaßen stehen für die Eltern Fragebögen zur Verfügung, welche zusätzlich zur explorativen Anamnese eine standardisierte Einschätzung der Symptomatik zulassen (FBB-HKS, Conners-Skalen etc.). Obwohl die inhaltliche Exploration der Kinder selbst nicht im-

## Zusammenfassung · Summary

Nervenarzt 2008 · 79:782–790 DOI 10.1007/s00115-008-2511-5  
© Springer Medizin Verlag 2008

M. Romanos · C. Schwenck · S. Walitza

### Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Kindes- und Jugendalter

#### Zusammenfassung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) hat meistens erhebliche Konsequenzen über die gesamte Lebenszeit für die Betroffenen und ihre Familien. Die Störung ist im Kindes- und Jugendalter klar von anderen Verhaltensauffälligkeiten abzugrenzen, die im Rahmen psychischer oder somatischer Störungen auftreten können. Anhand mehrerer anamnestischer Quellen und unter Zuhilfenahme standardisierter klinischer Diagnoseverfahren sind bei jedem Patienten die diagnostischen Kriterien zu überprüfen. Komorbide Störungen, insbesondere Sozialver-

haltensstörungen, affektive Erkrankungen und Teilleistungsprobleme, sind in der Diagnostik aufgrund ihrer Häufigkeit obligat zu berücksichtigen. Eine erfolgreiche Therapie der betroffenen Kinder umfasst häufig auch, eine ADHS bei weiteren Familienmitgliedern zu überprüfen und gegebenenfalls zu behandeln.

#### Schlüsselwörter

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung · Diagnostik · Komorbidität · Kinder · Jugendliche

### Diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder in childhood and adolescence

#### Summary

Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) has severe psychosocial consequences over the whole life course of patients and their families. During childhood and adolescence ADHD needs to be discriminated from other psychiatric or somatic disorders. Clinical diagnosis is met according to the diagnostic criteria by integrating several anamnestic sources and standardised diagnostic means. Diagnosis of comorbid disorders is obligato-

ry due to their high prevalence rates. In some cases successful treatment of a child suffering from ADHD requires the additional diagnosis and treatment of ADHD in further family members.

#### Keywords

Attention-deficit hyperactivity disorder · Diagnosis · Comorbidity · Childhood · Adolescence

**Tab. 3** Häufigkeiten komorbider Störungen bei ADHS

Komorbide Störung	Ungefähre Prävalenzrate
Sozialverhaltensstörungen	10–20%
Oppositionelle Störungen	Bis 60%
Affektive Störungen	15–30%
Angststörungen	20–30%
Tic-Störungen	10–20%
Zwangsstörungen	8–11%
Teilleistungsstörungen	10–30%
Enuresis	Bis 30%

mer aussagekräftig ist, können die Kinder dennoch oft Defizite, beispielsweise in der Konzentrationsfähigkeit oder der Impulskontrolle beschreiben. Auch Reaktionen der Lehrer auf störendes Verhalten oder Interaktionen mit den Klassenkameraden sind meist schwer durch die Eltern oder standardisierte Fragebögen für Lehrer eruiert. Mit zunehmendem Alter werden die Informationen durch das Kind bzw. den Jugendlichen in der Regel zuverlässiger, gleichwohl dies bei komorbider Sozialverhaltensstörung nicht immer gegeben ist.

### Differenzialdiagnosen

Alle Leitsymptome der ADHS können als Epiphänomene anderer Erkrankungen erscheinen. Eine Konzentrationsstörung ist ein unspezifisches Symptom vieler psychiatrischer (z. B. Depressionen, Psychosen) oder nichtpsychiatrischer Erkrankungen (z. B. Epilepsie, Hirntumoren, motorische Unruhe bei Neurodermitis). Motorische Unruhe ist bei Anpassungsstörungen, Sozialverhaltensstörungen oder auch beim Restless-legs-Syndrom und bei Hyperthyreose zu finden. Derartige „Phänokopien“, welche eine ADHS imitieren, sind in der Diagnostik obligat auszuschließen. Eine orientierende internistisch-neurologische Untersuchung kann Hinweise auf mögliche körperliche Erkrankungen liefern. Sofern es in der kursorischen Prüfung Hinweise auf entsprechende Defizite gibt, sollte eine fachärztliche Hör- und Sehprüfung veranlasst werden. Ein Elektroenzephalogramm sollte bei einer Erstuntersuchung durchgeführt werden. Kontrolluntersuchungen im Verlauf sollten bei atypischer Symptomatik oder ausbleibendem Therapieerfolg erfolgen. EEG-Auffälligkeiten sind bei ADHS-Patienten doppelt so häufig anzutreffen verglichen mit der Normal-

bevölkerung und korrelieren klinisch mit einer zusätzlichen Verstärkung impulsiver Verhaltensweisen [13].

### ➤ „Phänokopien“ sind in der Diagnostik obligat auszuschließen

Eine Reihe psychiatrischer Störungsbilder können fälschlicherweise den Verdacht auf das Bestehen einer ADHS zulassen aufgrund des Vorhandenseins von expansivem Verhalten, motorischer Unruhe, mangelnder Impulskontrollfähigkeit, schulischem Leistungsversagen oder Konzentrationsproblemen. Dazu zählen u. a. Sozialverhaltensstörungen, depressive Störungen, Angststörungen, Teilleistungsstörungen, aber auch bipolare Störungen und (Borderline-)Persönlichkeitsstörungen.

### Diagnostik psychiatrischer Komorbiditäten

Die Problematik der „Phänokopien“ wird dadurch verkompliziert, dass viele der Symptomatik potenziell zugrunde liegenden Störungen ebenfalls im Sinne komorbider Störungen bei ADHS auftreten können. Nach einer epidemiologischen Studie bei schwedischen Grundschulkindern wiesen 87% der Kinder mit ADHS zumindest eine komorbide psychiatrische Störung auf [15]. Die Häufigkeiten komorbider Störungen bei ADHS sind in **Tab. 3** aufgeführt [1, 2, 22]. In der MTA-Studie waren ca. 70% der Kinder komorbid belastet [25].

■ **Das Vorhandensein komorbider Störungen ist somit die Regel und nicht die Ausnahme, und ein beträchtlicher Teil der Kinder weisen 3 oder mehr zusätzliche Störungen auf.**

In einer eigenen Stichprobe (Daten nicht veröffentlicht) waren 22,5% der Kinder 3-fach oder stärker von komorbiden Störungen betroffen. In den meisten Fällen ist die klinische Differenzierung der kausalen Zusammenhänge jedoch klar und eindeutig möglich. Es stehen Screening-Fragebögen für Eltern zur Verfügung (z. B. Child Behavior Checklist), durch die weitere Problembereiche der Kinder erfasst werden können. Darüber hinaus existieren halbstrukturierte klinische Interviews für Eltern und Kinder/Jugendliche, welche systematisch weite Bereiche des psychiatrischen Spektrums abprüfen (z. B. Kiddie-Sads; Kinder-DIPS).

Wesentlich für die Differenzierung Phänokopie vs. Komorbidität ist die genaue Exploration hinsichtlich der störungsspezifischen zeitlichen Entwicklung. So kann beispielsweise ein Kind mit Lese-Rechtschreib-Störung (LRS) unkonzentriert und ablenkbar wirken, im Verlauf auch infolge der schulischen Überforderung eine motorische Unruhe aufweisen, möglicherweise auch impulsiv auf Anforderungen reagieren. Ein Kind mit ADHS macht infolge der Aufmerksamkeitsstörung nicht selten viele Flüchtigkeitsfehler, welche als LRS fehl eingeschätzt werden können. Häufig ist es jedoch auch der Fall, dass neben der ADHS komorbid LRS zu diagnostizieren ist. Für die Diagnose der ADHS wäre zu fordern, dass die Symptomatik bereits vor der LRS-Problematik bestanden hatte. Im Falle der komorbiden LRS wäre zu fordern, dass die Symptomatik trotz suffizienter Behandlung der ADHS nicht remittiert und weiterhin die Kriterien für eine LRS erfüllt sind. Insofern kommt der exakten Exploration in der Diagnostik und im Therapieverlauf besondere Bedeutung zu.

Die häufigsten komorbiden Störungen sind Sozialverhaltensstörungen (SSV), welche in unterschiedlicher Ausprägung auftreten können: die SSV mit trotzig-oppositionellem Verhalten (ICD-10 F91.3), welche charakterisiert sind durch einen frühen Beginn, Wutanfälle, ausgeprägte Konfliktsituationen mit Erwachsenen und eine starke Neigung zur externalen Schuldzuschreibung. Ein Teil dieser Kinder entwickelt dann schwerere Formen der SSV (ICD-10, F91.1, F91.2), welche geprägt sind durch aggressives und/oder



delinquentes Verhalten, Substanzmissbrauch und eine schwindende Beeinflussbarkeit durch erzieherische Bemühungen. Auch auf den familiären Rahmen beschränkte Formen der SSV sind bekannt (ICD-10 F91.0). Die Differenzierung zwischen ADHS und SSV ist nicht nur akademischer Natur, zumal die SSV das Ansprechen auf therapeutische Maßnahmen moduliert. In der Multimodal Treatment Study war bei Kindern mit ADHS und komorbider SSV eine Stimulanzienmedikation im Vergleich zur Verhaltenstherapie noch wirksamer als bei Patienten mit ADHS ohne komorbide SSV in Hinsicht auf die ADHS-Kernsymptomatik [14, 25].

### ► Der zeitliche Verlauf der Symptome ist entscheidend

Depressive Störungen gelten als unterdiagnostiziert und sind bei Patienten mit ADHS nicht selten Ausdruck einer Anpassungsstörung aufgrund schulischer Leistungsprobleme, infolge sozialer Integrationsdefizite oder familiärer Konfliktsituationen. Insbesondere im Kindesalter sind atypische Erscheinungsformen affektiver Störungen mit Somatisierungen und vegetativer Dysregulation zu bedenken. Um Konzentrationsdefizite im Rahmen depressiver Störungen von ADHS abzugrenzen, ist auch hier der zeitliche Verlauf der Symptome entscheidend. Gleiches gilt für Angststörungen und spezifische Phobien. Bei Kindern mit Schulverweigerung ist neben der SSV (Schulunlust, „Schwänzen“) eine zugrunde liegende Angsterkrankung zu prüfen, die in 25% der Fälle komorbid zu ADHS vorliegt [18]. Die Trennungsangst (ICD-10 F93.0), oft unzutreffend als „Schulphobie“ bezeichnet, würde sich durch eine ausgeprägte Sorge des Kindes um ein Elternteil oder eine übertriebene Furcht vor Konsequenzen der Trennung von der Bezugsperson in praktisch allen Lebenssituationen und nicht ausschließlich der Schulsituation äußern. Die davon abzugrenzende sog. „Schulangst“, welche eine spezifische Phobie vor der Schulsituation oder dem Schulweg darstellt, ist oft assoziiert mit Leistungsproblemen, sozialen Integrationsproblemen oder Mobbing. Insbesondere ist bei diesen Kindern auch an eine Teilleistungsproblematik zu denken.

Eine Vielzahl von Patienten mit ADHS weist eine komorbide Tic-Störung auf, die sich vokal, motorisch und in der kombinierten Form (Tourette-Syndrom) in unterschiedlicher Ausprägung (einfach, komplex), vorübergehend, phasenhaft oder chronisch manifestieren kann (ICD-10 F95). Da bei einem Teil der Patienten Stimulanzien Tics verstärken können, andererseits Tics oft ein höheres Manifestationsalter als ADHS aufweisen, wird die Störung oft erst im Verlauf diagnostiziert. Eine standardisierte Erfassung der Symptomatik ist z. B. anhand der Yale-Tourette-Syndrom-Symptomliste möglich. Auch Zwangserkrankungen und ADHS treten gehäuft gemeinsam und mit einer jeweils für die andere Erkrankung erhöhten Familiarität auf [11]. Die ADHS geht der Zwangsstörung ebenfalls in der Regel voraus. Eigene Untersuchungen zeigten, dass bei komorbid auftretender ADHS die Symptomatik der Zwangserkrankung stärker und der Verlauf schlechter war als bei Patienten mit Zwangsstörungen ohne komorbide ADHS [26].

Auch Ausscheidungsstörungen treten gehäuft bei ADHS auf. In einer Stichprobe an 222 Kindern wiesen mehr als 16% eine Enuresis auf (unveröffentlichte eigene Daten). Hinsichtlich Störungen aus dem autistischen Formenkreis (Asperger-Syndrom) und bipolaren Störungen gibt es unterschiedliche Auffassungen, inwiefern diese Störungen komorbid auftreten, reine Differenzialdiagnosen darstellen oder ätiologische Überlappungen aufweisen. Die insbesondere in Nordamerika oft diagnostizierte Komorbidität mit bipolaren Störungen wird im europäischen Raum zwar kritisch diskutiert, jedoch kann tatsächlich eine psychiatrisch schwer belastete Subgruppe mit hoher Gefahr für Suizidalität in der Gesamtheit der ADHS-Patienten identifiziert werden [4, 12].

### Psychodiagnostik und apparative neuropsychologische Diagnostik

Die Leitlinien empfehlen für jeden Patienten die Durchführung einer zumindest orientierenden Intelligenzdiagnostik (z. B. CFT-20-R). Eine ausführliche Diagnostik (z. B. HAWIK-IV, K-ABC) ist vorzunehmen bei Fragen hinsichtlich der adäquaten Schulform, bei der Diagnostik von

Teilleistungsstörungen und bei Hinweisen auf ein sehr unausgeglichenes Leistungsprofil. Bei Vorliegen einer geistigen Behinderung ist die Diagnose ADHS nur dann zu stellen, wenn die Symptomatik ausgeprägter vorhanden ist, als es für diesen Begabungsbereich zu erwarten ist. Nach den ICD-10-Kriterien kann die „Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien“ (F84.4) vergeben werden, wenn eine entwicklungsbezogene schwere Hyperaktivität mit motorischen Stereotypen und eine mittelgradige Intelligenzminderung (IQ unter 50) vorliegt.

### ► Die neuropsychologische Diagnostik ist als alleiniges Instrument nicht spezifisch genug

Es sind verschiedene apparative Instrumente auf dem Markt erhältlich, welche die Kernsymptomatik der ADHS objektiviert erfassen sollen. Die zugrunde liegenden Konzepte gehen davon aus, dass spezifische neuropsychologische Defizite bei ADHS zur phänotypischen Ausprägung der Symptomatik führen. Störungen in neurobiologischen zentralen Regelkreisen, welche unterschiedliche Verhaltensebenen kontrollieren und steuern, führten zu Defiziten sog. exekutiver Funktionen (vgl. Renner et al. in diesem Heft). So können verschiedene Aspekte der Aufmerksamkeitsstörung (z. B. Daueraufmerksamkeit, Vigilanz, Aufmerksamkeitsorientierung, Ablenkbarkeit) einzeln geprüft werden. Entsprechend versucht die Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP) eine Reihe verschiedener Funktionsebenen abzubilden. Der Continuous Performance Test (CPT) als kontinuierliches Maß für Aufmerksamkeit und Antwortinhibition ist Bestandteil mehrerer Testverfahren und wird teilweise kombiniert mit aktigraphischen Messverfahren zur Erfassung der Hyperkinetik.

Andere Aspekte neurobiologischer Dysfunktion wie eine postulierte Verzögerungsaversion bei einer veränderten Emotionsverarbeitung werden durch diese eher auf kognitive Aspekte abzielenden Testverfahren nur unzureichend erfasst [5, 23].

Die neuropsychologische Diagnostik kann eine klinische Diagnose stützen, als

alleiniges Instrument ist sie jedoch nicht spezifisch genug und ungeeignet. Ein Grund dafür ist die große ätiologische Heterogenität der ADHS, die zu unterschiedlichen neuropsychologischen Defiziten führen kann [9]. Beispielsweise weisen nur ein Drittel bis die Hälfte der ADHS-Patienten Defizite in der Antwortinhibition auf. Andererseits scheint für Defizite in der Antwortinhibition ebenfalls eine erhöhte Familiarität vorzuliegen. Für die klinische Bewertung neuropsychologischer Testverfahren kann zusammengefasst werden, dass die Abwesenheit eines neuropsychologischen Defizits die Diagnose ADHS keineswegs ausschließt, das Vorhandensein eines solchen jedoch die klinische Diagnose testdiagnostisch stützen kann. [8, 17]

Die in der Forschung verwendeten bildgebenden Methoden (fMRT, NIRS, SPECT, PET etc.) sind bislang nicht dazu geeignet, diagnostisch valide Aussagen für den Einzelfall zu treffen.

## Familiarität

Eine gute Diagnostik ist die Voraussetzung für die adäquate und zielgerichtete Einleitung therapeutischer Maßnahmen. Für die Umsetzung der therapeutischen Schritte ist die Compliance der Eltern wesentliche Voraussetzung. Eine Studie in den USA zeigte, dass innerhalb eines Jahres nur 11% der Patienten 5 oder mehr Rezepte für eine verschriebene Stimulanzienmedikation einlösten, 54% beendeten die Medikation bereits nach dem ersten Rezept [6]. Ein möglicher Grund, der einen Beitrag zur schwachen Therapiekontinuität leistet, könnte auch die hohe Rate an ADHS unter den Eltern der betroffenen Kinder sein. Familienuntersuchungen schätzen, dass über 20% der Verwandten ersten Grades ebenfalls ADHS aufweisen, in unserer eigenen Stichprobe waren dies sogar mehr als 40% der Eltern [2]. Daher sollte die Therapie der Kinder die Untersuchung, Diagnostik und Behandlung der Eltern mit einschließen. Sofern sich Hinweise auf eine relevante Symptomatik ergeben, sollte das entsprechende diagnostische Prozedere veranlasst werden (vgl. Retz-Junginger et al. in diesem Heft). Auch weitere Kinder der Familien können eine relevante Symptomatik aufwei-

sen, welche insbesondere dann übersehen wird, wenn sie nicht das Ausmaß des diagnostizierten Geschwisterkindes erreicht.

## Fazit für die Praxis

**Die ADHS ist nicht durch eine Blickdiagnose zu stellen und erfordert eine sorgfältige multiaxiale Befunderhebung. Sie beinhaltet eine ausführliche Exploration, die Integration verschiedener Informationsquellen und Befunderhebungsverfahren sowie eine somatische Ausschlussdiagnostik. Die Diagnostik hinsichtlich komorbider Störungen ist essenzieller Bestandteil der ADHS-Diagnostik. Neuropsychologische Verfahren können die Diagnose stützen, ein unauffälliger Befund schließt diese jedoch nicht aus. Diese Verfahren können jedoch andererseits auch bei der Verlaufsbeurteilung oder Prüfung der therapeutischen Wirkung eingesetzt werden. Angesichts der hohen Erblichkeit der Störung ist bei weiteren Familienmitgliedern das Vorliegen einer ADHS zu überprüfen. Eine multiaxiale Diagnostik und der Einsatz standardisierter Instrumente und Verfahren ermöglichen unter der Berücksichtigung der Definitionskriterien eine sichere Diagnosestellung. Nur damit kann der öffentlichen Sorge, ADHS werde als Mode-diagnose zu häufig und zu unreflektiert gestellt, begegnet werden.**

## Korrespondenzadresse

**Dr. M. Romanos**



Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Klinische Forschergruppe ADHS (KFO 125), Universität Würzburg  
Füchslinstraße 15,  
97080 Würzburg  
Romanos@kjp.uni-wuerzburg.de

**Danksagung.** Die Forschung der Autoren wird durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG, KFO 125/1–1 und 1–2) sowie durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF 01GV0606, 01GV0605) unterstützt.

**Interessenkonflikt.** Für Vortragstätigkeit erhielt M. Romanos finanzielle Zuwendungen von Medice und Janssen-Cilag, S. Walitza von Janssen-Cilag.

## Literatur

1. Arnold PD, Ickowicz A, Chen S et al. (2005) Attention-deficit hyperactivity disorder with and without obsessive-compulsive behaviours: clinical characteristics, cognitive assessment, and risk factors. *Can J Psychiatry* 50: 59–66
2. Biederman J (2005) Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry* 57: 1215–1220
3. Birnbaum HG, Kessler RC, Lowe SW et al. (2005) Costs of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) in the US: excess costs of persons with ADHD and their family members in 2000. *Curr Med Res Opin* 21: 195–206
4. Carlson GA (1998) Mania and ADHD: comorbidity or confusion. *J Affect Disord* 51: 177–187
5. Castellanos FX, Tannock R (2002) Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. *Nat Rev Neurosci* 3: 617–628
6. Cox ER, Motheral BR, Henderson RR et al. (2003) Geographic variation in the prevalence of stimulant medication use among children 5 to 14 years old: results from a commercially insured US sample. *Pediatrics* 111: 237–243
7. Dopfner M, Lehmkuhl G, Schepker R et al. (2007) Hyperkinetische Störungen (F90). In: Verlag DÄ (ed) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinkärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie & Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg), Köln, S 239–254
8. Doyle AE, Biederman J, Seidman LJ et al. (2000) Diagnostic efficiency of neuropsychological test scores for discriminating boys with and without attention deficit-hyperactivity disorder. *J Consult Clin Psychol* 68: 477–488
9. Doyle AE, Faraone SV, Seidman LJ et al. (2005) Are endophenotypes based on measures of executive functions useful for molecular genetic studies of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry* 46: 774–803
10. Faraone SV, Biederman J, Mick E (2006) The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 36: 159–165
11. Geller D, Petty C, Vivas F et al. (2007) Further evidence for co-segregation between pediatric obsessive compulsive disorder and attention deficit hyperactivity disorder: a familial risk analysis. *Biol Psychiatry* 61: 1388–1394
12. Holtmann M, Bolte S, Goth K et al. (2007) Prevalence of the Child Behavior Checklist-pediatric bipolar disorder phenotype in a German general population sample. *Bipolar Disord* 9: 895–900
13. Holtmann M, Matei A, Hellmann U et al. (2006) Rolandic spikes increase impulsivity in ADHD – a neuropsychological pilot study. *Brain Dev* 28: 633–640
14. Jensen PS (2001) Introduction – ADHD comorbidity and treatment outcomes in the MTA. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40: 134–136
15. Kadesjo B, Gillberg C (2001) The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *J Child Psychol Psychiatry* 42: 487–492
16. Kessler RC, Adler L, Barkley R et al. (2006) The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 163: 716–723

17. Nigg JT, Willcutt EG, Doyle AE et al. (2005) Causal heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder: do we need neuropsychologically impaired subtypes? *Biol Psychiatry* 57: 1224–1230
18. Pliszka SR (2000) Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 9: 525–540, vii
19. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL et al. (2007) The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 164: 942–948
20. Remschmidt H, Heiser P (2004) Differenzierte Diagnostik und multimodale Therapie hyperkinetischer Störungen. *Dtsch Arztebl* 101: A-2457 / B-2071 / C-1992
21. Remschmidt H, Schmidt M, Poustka F (2001) Multi-axiale Klassifikation für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
22. Robson WL, Jackson HP, Blackhurst D et al. (1997) Enuresis in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *South Med J* 90: 503–505
23. Sonuga-Barke EJ (2003) The dual pathway model of AD/HD: an elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neurosci Biobehav Rev* 27: 593–604
24. Thapar A, Harrington R, McGuffin P (2001) Examining the comorbidity of ADHD-related behaviours and conduct problems using a twin study design. *Br J Psychiatry* 179: 224–229
25. The MTA cooperative group (1999) A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 56: 1073–1086
26. Walitza S, Zellmann H, Irblich B et al. (2008) Children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder: preliminary results of a prospective follow-up study. *J Neural Transm* 115: 187–190

Gün, Ali Kemal

### **Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie**

Gegenseitiges Verstehen zwischen einheimischen Therapeuten und türkischstämmigen Klienten

Freiburg: Lambertus 2007, 1. Auflage, 310 S., (ISBN 978-3-7841-1652-5), 29.00 EUR

Gün führt anhand qualitativer Interviews mit einheimischen Therapeuten und mit zugewanderten Patienten in die alltäglichen Missverständnisse in der Begegnung mit Patienten anderer kultureller Herkunft, hier überwiegend entsprechend seiner Herkunft mit Zuwanderern aus der Türkei, ein. Bei den Interviewten handelt es sich um Patienten und um Therapeuten aus dem ambulanten und stationären Bereich. Durch die hermeneutische Methode der Auswertung werden prototypische Missverständnisse typologisiert, allen voran die „Gleichbehandlungsmaxime“ mit der die real existierenden Unterschiede zwischen einheimischen und zugewanderten Patienten hinter gestellten F-Diagnosen zu nivellieren drohen, wobei Gerechtigkeit in der Behandlung bedeute, die Patienten in ihrem je individuellen, historisch-konkreten Kontext zu verstehen und als ungleich wahrzunehmen. Des weiteren wird der Unterschied zwischen sprachbasierten, kulturellen und religiös begründeten sowie ethnischen Missverständnissen handhabbar expliziert, differenziert zu Vor- und Nachteilen des Einsatzes von Dolmetschern und zur Auswirkung auf die therapeutische Beziehung Stellung genommen.

Dass der kleine Band sehr viel mehr enthält als die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Arbeit, erschließt sich dem Leser zunächst über die Fallbeispiele, welche die Diskussion der Ergebnisse treffend untermalen. Im zweiten Teil des Buches finden sich weiterführende und die aufgetretenen Fragen des neugierig gewordenen Kliniklers beantwortende Ausführungen zur Geschichte der Arbeitsmigration und zum Stand der interkulturellen Versorgung mit detaillierten Angaben in Hinsicht auf die Charakteristika interkultureller Institutionen. Anforderungen an ein Gesundheitswesen, das den Anspruch einlösen kann, dem Viertel der Wohnbevölkerung mit Migrationshintergrund gerecht zu werden, sind daraus abgeleitet. Am Schluss bietet

Gün einen aufschlussreichen Exkurs über die Familienstrukturen von türkischstämmigen Familien, ein Plädoyer für familientherapeutische Grundhaltungen und gewährt einen durch gute Literaturkenntnis fundierten Einblick in seine Erfahrungen mit traditionellen, naturkundlichen Heilmethoden.

Das Buch ist durchdrungen von einem aufrichtigen therapeutischen Engagement des Autors, ohne gleichzeitig dogmatisch zu belehren. Es löst den Anspruch voll ein, der immer wieder formuliert wird.

In seiner Differenziertheit und der Verbindung aus Theoriegeleitetheit und Praxisnähe ist es eine Bereicherung sowohl für den interkulturell Erfahrenen wie den Lernenden und kann zum besseren Verständnis von Einzelfällen und zur Beratung bei institutionellen Entwicklungen immer wieder mit Gewinn in die Hand genommen werden. Durch die eigene interkulturelle Erfahrung des Autors wird nachvollziehbar gemacht, dass hier weder einer Ethnisierung noch einer multikulturell-ideologisierenden Verniedlichung Vorschub geleistet wird.

Das gut lesbare und für die selten zugänglichen und komplexen Inhalte preiswerte Werk sollte somit in keiner psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Bibliothek fehlen.

*Professor Dr. Renate Schepker (Ravensburg).*