



DSM-5 Kommentar

DSM-5 – Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen

Tobias Banaschewski¹ und Manfred Döpfner²

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, ²Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Uniklinik Köln

Zusammenfassung. Die Modifikationen, die im DSM-5 bei den Kriterien für die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) vorgenommen wurden, werden vorgestellt und kritisch diskutiert. Die wichtigsten Veränderungen beziehen sich auf den Beginn der Symptomatik, die Reduktion der Anzahl der notwendigen Kriterien ab dem Alter von 17 Jahren und die Streichung von Autismusspektrumstörungen als Ausschlussdiagnose. Diese Veränderungen sind überwiegend zu begrüßen, bei der Heraufsetzung des Alters für den Störungsbeginn müssen jedoch auch problematische Aspekte bedacht werden.

Schlüsselwörter: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Diagnosekriterien, DSM-5

Abstract. *DSM-5 – Attention-deficit/hyperactivity disorder*

Modifications to the DSM-5 criteria for the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorders are described and discussed. The main modifications concern the onset of the disorder, the reduction on the number of criteria fulfilled for a diagnosis in patients aged 17 years or older, and the elimination of autism spectrum disorders as an exclusion criterion for this diagnosis. These changes are mainly welcomed. However, the demanded increase in the age for the latest onset of the disorder may prove to be problematic.

Keywords: attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), diagnostic criteria, DSM-5

Einleitung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) nach DSM-IV ist mit einer weltweiten Prävalenz von etwa 5 % eine der häufigsten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen, und auch in bundesweiten Studien wurden vergleichbare Prävalenzraten festgestellt (Döpfner, Breuer, Wille, Erhart & Ravens-Sieberger, 2008). Sie ist gekennzeichnet durch die überdauernd und situationsübergreifend auftretende Kernsymptomatik von Hyperaktivität, Impulsivität oder Aufmerksamkeitsbeeinträchtigungen, die dem Alter, dem Entwicklungsstand und der Intelligenz des Betroffenen nicht angemessen ist und in verschiedenen Lebensbereichen zu klinisch bedeutsamen Beeinträchtigungen führt.

Aufgrund verschiedener, im Laufe der letzten Jahre deutlich gewordener Schwächen der DSM-IV Klassifikation der ADHS werden mit der Einführung des DSM-5 einige diagnostische Kriterien der ADHS modifiziert; insge-

samt entsprechen die Kriterien aber weiterhin im Wesentlichen der Definition der ADHS nach DSM-IV.

ADHS wird weiterhin gefasst als ein in der Kindheit beginnendes, überdauerndes und situationsübergreifend auftretendes Muster von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität/Impulsivität, das zu funktionellen Beeinträchtigungen im familiären, schulischen oder beruflichen Alltag oder zu Entwicklungsbeeinträchtigungen führt. Auch im DSM-5 wird das Störungsbild in die Bereiche Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität unterteilt, die anhand derselben 18 Symptome operationalisiert werden, die bereits im DSM-IV verwandt wurden. Für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 16 Jahren wird, wie im DSM-IV gefordert, dass mindestens sechs Symptome aus mindestens einem Symptombereich bestehen müssen.

Die Modifikationen der Definition nach DSM-5 betreffen folgende Aspekte:

1. ADHS wird künftig der Kategorie der «Neurodevelopmental Disorders» zugeordnet.

2. Den Symptomen werden Beispiele hinzugefügt, die vor allem illustrieren, wie sich die Symptomatik im späten Jugend- und Erwachsenenalter darstellt.
3. Die Zahl der notwendigen Symptome für Jugendliche ab dem Alter von 17 Jahren und für Erwachsene wird für beide Symptombereiche von sechs auf fünf Symptome herabgesetzt.
4. Das Alterskriterium für den Beginn der Symptomatik wird auf 12 Jahre heraufgesetzt.
5. Das Vorliegen einer Autismusspektrumstörung als Ausschlusskriterium entfällt.
6. Es wird stärker betont, dass mehrere Informanten bei der Diagnosestellung berücksichtigt werden sollten.
7. Der Begriff der Subtypen wird durch Erscheinungsformen (presentations) ersetzt.

Bei der Überarbeitung der Kriterien wurde auch intensiv darüber diskutiert, ob zusätzlich Symptome der affektiven Dysregulation als Diagnosekriterien einbezogen werden sollten. Dies ist zurecht nicht erfolgt, weil ein erheblicher Anteil der Patienten mit ADHS-Symptomen keine Symptome einer affektiven Dysregulation aufweisen (Sobanski et al., 2010; Surman et al., 2013).

Kritische Bewertung

Zuordnung zur Kategorie «Neurodevelopmental Disorders»

ADHS wird künftig nicht mehr in einer gemeinsamen Oberkategorie mit den Störungen des Sozialverhaltens eingeordnet, die jetzt unter der Kategorie «Disruptive, Impulse Control, and Conduct Disorders» verschlüsselt werden, sondern wurde der Kategorie der «Neurodevelopmental Disorders» zugeordnet, in der u. a. auch Autismus und Lese-/Rechtschreibstörungen eingeordnet sind. Diese Zuordnung macht die enge Assoziation der Störung mit zentralnervösen Reifungsprozessen und die starke entwicklungspsychopathologische Komponente der Störung deutlich und könnte beispielsweise die stärkere Berücksichtigung komorbider umschriebener Teilleistungsstörungen bei Patienten mit ADHS und der komorbiden Aufmerksamkeitsprobleme bei Patienten mit Teilleistungsstörungen fördern. Sie birgt allerdings die Gefahr, die starke Überlappung mit den expansiven Verhaltensstörungen bei einem Teil der Patienten etwas aus dem Blick zu verlieren.

Zusätzliche Symptombeschreibungen

Die Symptomkriterien der ADHS waren ursprünglich für die Erfassung der Phänomenologie im Kindesalter konzipiert worden. Mittlerweile hat die Forschung klar gezeigt, dass bei vielen Betroffenen die Symptomatik in veränderter Erscheinungsform bis in das Erwachsenenalter fortbesteht. Um

ADHS weiterhin über die gesamte Lebensspanne durch vergleichbare Symptome zu operationalisieren und zugleich die Reliabilität und Konsistenz der Beurteilung der Symptomatik bei Jugendlichen und Erwachsenen vor dem Hintergrund ihres altersabhängigen Wandels zu verbessern, hat DSM-5 die Formulierung der 18 Symptome beibehalten, diesen aber zusätzliche Beispiele hinzugefügt, die illustrieren, wie diese sich in verschiedenen Altersstufen manifestieren können (beispielsweise: «Hat bei Aufgaben oder Spielen oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit längere Zeit aufrecht zu erhalten [z. B., Schwierigkeiten während Vorlesungen, Tagungen, Unterhaltungen, Lesen längerer Texte fokussiert zu bleiben]»). Diese Ergänzungen sind uneingeschränkt sinnvoll, auch wenn theoretisch die Gefahr besteht, dass in der klinischen Beurteilung nun auf die Beispiele statt auf die gesamte Symptombeschreibung fokussiert wird.

Absenkung der Zahl notwendiger Symptome ab 17 Jahren

DSM-5 senkt die diagnostische Schwelle für Jugendliche ab dem Alter von 17 Jahren und für Erwachsene und fordert nun, dass für die Diagnose der Aufmerksamkeitsstörung und der Hyperaktivität/Impulsivität fünf und nicht mehr sechs von neun Symptomen vorhanden sein müssen. Rational dieser Modifikation ist die Veränderung der Symptomatik über die Lebensspanne. Verschiedene Studien zeigen konsistent, dass trotz altersabhängiger Abnahme der Zahl der Symptome die funktionelle Beeinträchtigung der Betroffenen persistieren oder sich sogar verstärken kann (Faraone, Biederman, Spencer et al., 2006; Solanto, Wasserstein, Marks & Mitchell, 2012). Bei einem Schwellenwert von sechs Symptomen pro Dimension werden nur etwa die Hälfte der Erwachsenen identifiziert, die bezüglich der Ausprägung der Symptomatik mehr als 1.5 Standardabweichungen über alters- und geschlechtsadaptierten Populationsnormen (d. h. über der 93. Perzentile) liegen und klinisch ähnliche funktionelle Beeinträchtigungen aufweisen wie jüngere Jugendliche und Kinder, bei denen sechs Symptome erfüllt sind (Murphy & Barkley, 1996). Die Absenkung der Zahl notwendiger Symptome scheint insgesamt gut begründet, da damit real Betroffene, die funktionell erheblich beeinträchtigt sind, nun diagnostiziert und behandelt werden können, auch wenn dadurch die Prävalenz der ADHS ab dem Alter von 17 Jahren ansteigen dürfte. In der bundesweiten BELLA-Studie, in der die Prävalenz für ADHS nach DSM-IV anhand von Elternratings erhoben wurde (Döpfner et al., 2008), würde sich die Prävalenzrate bei den 17-Jährigen nach DSM-5 verdoppeln.

Beginn der Symptomatik

Auch DSM-5 erfordert, dass die Symptomatik bereits in der Kindheit begonnen hat; allerdings wurde das Alterskriterium modifiziert und die Symptomatik muss nun vor dem

Alter von 12 Jahren (vor dem 13. Lebensjahr) und nicht, wie nach DSM-IV vor dem Alter von 7 Jahren aufgetreten sein. Grundlage dieser Änderung waren u. a. die umfassenden Analyse von 31 Studien, die insgesamt schlüssig zeigten, dass das willkürlich gesetzte Kriterium eines Beginns der Symptomatik vor dem 8. Lebensjahr nicht valide ist (Kieling et al., 2010). Die Untersuchungen ergaben, dass sich Patienten, bei denen die ADHS-Symptomatik vor dem 7. Lebensjahr nachgewiesen wurde und Betroffene, bei denen die Symptome zwischen dem Alter von 7 und 12 Jahren auftraten, hinsichtlich klinischem Erscheinungsbild, Schwere der Symptomatik, Art und Ausmaß komorbider Störungen, neuropsychologischer Befunde und funktioneller Beeinträchtigung, weiterem Verlauf sowie Ansprechen auf Behandlungsoptionen nicht unterscheiden (Faraone, Biederman, Doyle et al., 2006; Faraone, Biederman, Spencer et al., 2006; Todd, Huang & Henderson, 2008). Feldstudien zeigen zudem, dass bei etwa 75 % der Betroffenen Symptome von Unaufmerksamkeit, die im Vorschulalter nur wenig valide zu beurteilen sind, erst im Alter zwischen 9 und 14 Jahren auftraten (Applegate et al., 1997). Außerdem ist die retrospektive Erfassung der ADHS-Symptomatik vor dem 8. Lebensjahr mit Problemen behaftet. Nicht selten können sich die Betroffenen und ihr Umfeld Jahre später nur sehr ungenau an diesen Lebensabschnitt erinnern. Nur etwa 50 % der betroffenen Erwachsenen erinnern einen Beginn der Symptomatik vor dem 8. Lebensjahr, während 95 % der Betroffenen einen Beginn vor dem Alter von 12 Jahren angeben. Prospektive Studien zeigen, dass selbst wenn die Diagnose einer ADHS vor dem Alter von 7 Jahren eindeutig gesichert war, Betroffene retrospektiv häufig fälschlich einen späteren Beginn der Symptomatik berichten (Miller, Newcorn & Halperin, 2010).

Kritisch zu diskutieren ist, ob durch diese Änderung die Prävalenz der ADHS erhöht wird. In einer vom DSM-5 Komitee initiierten Analyse von Daten einer Britischen Geburtskohorte fanden Polanczyk et al. (2010), dass die Heraufsetzung des Alterskriteriums auf 12 Jahre nicht zu einem relevanten Anstieg der Prävalenz bei Kindern (0.1 %) führt und im Wesentlichen die gleichen Patienten identifiziert werden. Trotzdem wird in weiteren Studien zu klären sein, wie sich die Prävalenz der ADHS unter den DSM-5-Diagnosekriterien entwickeln wird. Hinweise auf deutliche Steigerungen der Prävalenzraten kommen aus der Reanalyse der BELLA-Studie, in der die Prävalenz für ADHS im Kindes- und Jugendalter nach DSM-IV anhand von Elternratings erhoben wurde (Döpfner et al., 2008). Die Heraufsetzung des Alterskriteriums führt insgesamt zu einer Vereinfachung der Diagnostik im jugendlichen- und Erwachsenenalter, weil nur ein begrenzter Personenkreis über ausreichende Erinnerungen an die Zeit vor dem 8. Lebensjahr verfügt. Problematisch könnte aber sein, dass mit diesem Kriterium beispielsweise ein Zwölfjähriger, der bis zum Alter von 11 Jahren keine ADHS-Symptomatik gezeigt hat und diese im 12. Lebensjahr entwickelt, die Diagnose einer ADHS erhalten kann und damit die neuroentwicklungspsychopathologi-

sche Grundkonzeption von ADHS als einer früh beginnenden Störung hinterfragt wird.

Ausschlussdiagnose Autismusspektrumstörungen

Nach DSM-5 besteht nun die Möglichkeit, eine ADHS zusammen mit Autismusspektrumstörungen (ASD) zu diagnostizieren. Die Modifikation ist sinnvoll, weil einerseits zahlreiche Studien gezeigt haben, dass bei Patienten mit ASD bei gleicher Schwere der autistischen Kernsymptomatik auch unterschiedlich starke Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und Aktivität bestehen können, die sich nicht nur auf die autistische Kernsymptomatik zurückführen lassen, und andererseits diese begleitende Symptomatik auf die Therapie mit Stimulanzien oder Atomoxetin anspricht, wenn gleich die medikamentöse Behandlung der komorbiden ADHS mit einem höheren Risiko des Auftretens unerwünschter Arzneimittelwirkungen assoziiert ist (Poustka, Banaschewski & Poustka, 2011). Durch die Differenzierung von Patienten mit ASD mit zusätzlicher ADHS-Symptomatik und Patienten ohne ADHS-Symptomatik wird klinisch eine differenzierte Behandlung der individuellen Psychopathologie erleichtert.

Betonung multipler Beurteiler und situationsübergreifender Symptomatik

Die DSM-IV Kriterien explizieren nicht, wie die Beurteilung des Verhaltens in den verschiedenen Lebensbereichen wie Schule, Familie und Berufswelt erfolgen soll. Als problematisch erwies sich, dass sich in der klinischen Praxis die diagnostischen Informationen über das Auftreten der Symptomatik häufig nur auf einen Beurteiler stützen. Empirische Untersuchungen zeigen aber, dass die Diagnosestellung aufgrund der Informationen nur eines Beurteilers oft wenig valide ist (Sayal & Goodman, 2009; Valo & Tannock, 2010) und auch, dass sich Eltern- und Lehrerurteile über die ADHS-Symptomatik häufig deutlich unterscheiden (Breuer, Wolff Metternich & Döpfner, 2009). DSM-5 betont nun, dass die Anamnese über das Vorliegen der Symptomatik in mehreren Lebensbereichen nach Möglichkeit aufgrund der Einschätzung mehrerer Beurteiler aus verschiedenen Lebensbereichen erhoben werden sollte und dass eine Überprüfung ob eine situationsübergreifende Symptomatik vorliegt, üblicherweise voraussetzt, dass Informanten befragt werden, die das Kind auch in den entsprechenden Situationen beobachtet haben.

Im Kindesalter bedeutet dies, dass sowohl die Elternbeurteilung der Schwere der Symptomatik in der Familie als auch die Lehrerbeurteilung über das Vorliegen von Symptomen in der Schule erhoben werden sollten, für die diagnostische Beurteilung von Erwachsenen sollten neben der Selbstbeurteilung nach Möglichkeit auch Information von

langjährigen Lebenspartnern, engen Freunden, Verwandten oder Eltern herangezogen werden. Außerdem wird im DSM-5, wie bereits im DSM-IV sinnvollerweise darauf hingewiesen, dass die Symptomatik situationsabhängig variieren kann (z. B. gewöhnlich in der Schule und im Berufsalltag stärker auftreten als in der Freizeit, oder in neuen Situationen, bei interessanten Aktivitäten, im direkten Kontakt mit einzelnen Bezugspersonen, unter engmaschiger externer Verhaltenskontrolle, bei häufiger zeitnaher Belohnung minimal sein oder fehlen können) und sich die Symptome im Entwicklungsverlauf ändern (z. B. Zunahme der Intensität der Symptomatik beim Klassenwechsel verbunden mit einer Erhöhung der schulischen Anforderungen).

Klassifikation von Unterformen

DSM-IV trug der klinischen Heterogenität durch die Unterscheidung von drei Subtypen (überwiegend unaufmerksam, überwiegend hyperaktiv-impulsiver und kombinierter Subtyp) Rechnung. Eine systematische Literaturübersicht und Metaanalyse von 431 Studien konnte die Validität der Unterscheidung der beiden Symptomdimensionen Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität (Willcutt et al., 2012) zeigen. Auch im deutschen Sprachraum ließen sich entsprechende Faktoren sowohl in klinischen als auch in Feldstichproben identifizieren (z. B. Breuer et al., 2009; Erhart, Döpfner & Ravens-Sieberer, 2008). Die Unterscheidung in Subtypen zeigte sich im Verlauf allerdings als sehr instabil. Um den möglichen Wandel der Symptomatik zu betonen, wird mit DSM-5 die Unterteilung zwar aufrechterhalten, aber die Bezeichnung «Subtypus» aufgegeben, die suggeriert, dass es sich um valide Entitäten und unterschiedliche Störungen handelt, und stattdessen auf das im aktuellen Querschnitt erkennbare Erscheinungsbild («Presentation») abgehoben. Diese Veränderung ist daher sehr gut begründet und zu begrüßen.

Ausblick

Insgesamt sind einige Modifikationen im DSM-5 sehr begrüßenswert, dies gilt erstens für die zusätzlichen Beschreibungen zur weiteren Präzisierung der Kriterien, zweitens für die Reduktion der Ausschlusskriterien, die nun auch eine parallele Diagnose von ADHS und Autismusspektrumstörungen zulassen und drittens für den sprachlichen Wechsel von Subtypen zu Erscheinungsbildern bei der Klassifikation von Unterformen der ADHS. Allerdings ist generell zu bemängeln, dass die Veränderungen weniger auf dem Boden systematischer empirischer Untersuchungen als auf der Grundlage von Expertenmeinungen generiert worden sind. Empirische Feldstudien stehen daher aus, um die Auswirkungen dieser Modifikationen auf die klinischen Merkmale der Patienten, die diese Diagnosekri-

terien erfüllen und auf die altersabhängigen Prävalenzraten sowie auf die Reliabilität und Validität der Diagnose zu untersuchen. Dies gilt vor allem für die Anhebung des Kriteriums für den Beginn der Symptomatik auf das Alter von 12 Jahren und die Absenkung der Anzahl der notwendigen Symptome ab dem Alter von 17 Jahren. Beide Veränderungen könnten zu einer Erhöhung der Prävalenzraten führen. Obwohl erste vorliegende empirische Befunde dies eher nicht bestätigen, sind hier weitere Studien notwendig, um die Auswirkungen auf Prävalenzraten besser abschätzen zu können und vor allem um zu prüfen, ob die Patienten, die nur die DSM-5, nicht aber die DSM-IV-Kriterien erfüllen, tatsächlich Funktionseinschränkungen von klinischer Wertigkeit aufweisen. Hier sind Studien im deutschen Sprachraum besonders wichtig, weil internationale Ergebnisse sich nicht automatisch auf Deutschland übertragen lassen.

Im Vorfeld von DSM-5 wurden tiefgreifendere Veränderungen diskutiert, die alle nicht umgesetzt wurden. Dazu gehört eine stärker ätiologisch orientierte Subklassifikation (beispielsweise an neuropsychologisch definierten Subtypen), die jedoch mangels robuster empirischer Grundlage fallen gelassen wurde. Auch der Vorschlag, zusätzlich eine restriktiv-unaufmerksame Erscheinungsform zu definieren, in der neben Symptomen von Unaufmerksamkeit nicht mehr als zwei zusätzliche Symptome aus dem Bereich Hyperaktivität und Impulsivität vorhanden sein dürfen, wurde im Zuge der jetzigen DSM-Revision nicht gefolgt, weil die Evidenzgrundlage für den Zusammenhang dieses klinischen Erscheinungsbildes mit der ADHS derzeit noch als unzureichend erachtet wurde; auch hier besteht weiterer Forschungsbedarf.

Literatur

- Applegate, B., Lahey, B. B., Hart, E. L., Biederman, J., Hynd, G. W., Barkley, R. A. ... Shaffer, D. (1997). Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1211–1221.
- Breuer, D., Wolff Metternich, T. & Döpfner, M. (2009). Die Erfassung von Merkmalen von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) anhand von Lehrerurteilen: Zur Validität und Reliabilität des FBB-HKS. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37, 431–440.
- Döpfner, M., Breuer, D., Wille, N., Erhart, M. & Ravens-Sieberer, U. (2008). How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample: Results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(Suppl. 1), 59–70.
- Erhart, M., Döpfner, M. & Ravens-Sieberer, U. (2008). Psychometric properties of two ADHD questionnaires: comparing the Conners' scale and the FBB-HKS in the general population of German children and adolescents: Results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(Suppl. 1), 106–115.

- Faraone, S. V., Biederman, J., Doyle, A., Murray, K., Petty, C., Adamson, J. J. & Seidman, L. (2006). Neuropsychological studies of late onset and subthreshold diagnoses of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 60, 1081–1087. doi 10.1016/j.biopsych.2006.03.060
- Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T., Mick, E., Murray, K., Petty, C. . . . Monuteaux, M. C. (2006). Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: Are late onset and subthreshold diagnoses valid? *American Journal of Psychiatry*, 163, 1720–1729. doi 10.1176/appi.ajp.163.10.1720
- Kieling, C., Kieling, R. R., Rohde, L. A., Frick, P. J., Moffitt, T., Nigg, J. T. . . . Castellanos, F. X. (2010). The age at onset of attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167, 14–16. doi 10.1176/appi.ajp.2009.09060796
- Miller, C. J., Newcorn, J. H. & Halperin, J. M. (2010). Fading memories: Retrospective recall inaccuracies in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 14, 7–14.
- Murphy, K. & Barkley, R. A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 393–401.
- Polanczyk, G., Moffitt, T. E., Arseneault, L., Cannon, M., Ambler, A., Keefe, R. S. . . . Caspi, A. (2010). Etiological and clinical features of childhood psychotic symptoms: Results from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 67, 328–338. doi 10.1001/archgenpsychiatry.2010.14
- Poustka, L., Banaschewski, T. & Poustka, F. (2011). Psychopharmakologie autistischer Störungen. *Der Nervenarzt*, 82, 582–589.
- Sayal, K. & Goodman, R. (2009). Do parental reports of child hyperkinetic disorder symptoms at school predict teacher ratings? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 336–344.
- Sobanski, E., Banaschewski, T., Asherson, P., Buitelaar, J., Chen, W., Franke, B. . . . Faraone, S. V. (2010). Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Clinical correlates and familial prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 915–923. doi 10.1111/j.1469-7610.2010.02217.x
- Solanto, M. V., Wasserstein, J., Marks, D. J. & Mitchell, K. J. (2012). Diagnosis of ADHD in adults: What is the appropriate DSM-5 symptom threshold for hyperactivity-impulsivity? *Journal of Attention Disorders*, 16, 631–634.
- Surman, C., Biederman, J., Spencer, T., Miller, C. A., McDermott, K. M., Faraone, S. V. (2013). Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: A controlled study. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5, 273–281.
- Todd, R. D., Huang, H. & Henderson, C. A. (2008). Poor utility of the age of onset criterion for DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder: Recommendations for DSM-V and ICD-11. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 942–949.
- Valo, S. & Tannock, R. (2010). Diagnostic instability of DSM-IV ADHD subtypes: Effects of informant source, instrumentation, and methods for combining symptom reports. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39, 749–760.
- Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rohde, L. A., Tannock, R. . . . Lahey, B. B. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 991–1010. doi 10.1037/a0027347

Manuskripteingang

12. August 2013

Nach Revision angenommen

17. Januar 2014

Interessenkonflikte

- Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski ist/war Mitglied von Beratungsgremien oder hat Forschungsmittel bzw. Honorare für Vorträge erhalten von den Firmen Hexal Pharma, Janssen McNeil, Lilly Deutschland, Medice, Novartis, PCM scientific, Shire Deutschland, Shire International und Viforpharma.
- Univ.-Prof. Dr. Manfred Döpfner ist Mitglied von Beratungsgremien oder erhält Forschungsmittel oder wird bei Vorträgen unterstützt von den Firmen Janssen-Cilag, Lilly Deutschland, Medice, Novartis Deutschland, Shire, Vifor. Er ist Leiter (Hauptamt), Dozent und Supervisor (Nebenamt) des universitären Ausbildungsinstituts für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP) und führt für verschiedene andere Institute Workshops zu Verhaltenstherapie bei Kinder und Jugendlichen durch. Er ist als Verhaltenstherapie-Gutachter (Kinder und Jugendliche) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK) tätig. Er ist Autor mehrerer diagnostischer Verfahren und Therapieprogramme zur verhaltenstherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Er erhält dafür Honorare von Verlagen (Beltz, Guilford, Kohlhammer, Hogrefe, Huber).

Prof. Dr. phil. Manfred Döpfner

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
Robert Koch-Straße 10
50931 Köln
Deutschland
manfred.doepfner@t-online.de

CME-Fragen



- 1) Welche Aussage trifft nicht zu?
 - a) Die ADHS wird im DSM-5 in die Kategorie «neuro-developmental disorders» eingeordnet.
 - b) Die ADHS wird in eine Kategorie mit Störungen des Sozialverhaltens eingeordnet.
 - c) Die ADHS wird in eine Kategorie mit Autismusspektrum-Störungen eingeordnet.
 - d) Die ADHS wird in eine Kategorie mit Lese-Rechtschreib-Störungen eingeordnet.
 - e) Durch die neue Einordnung der ADHS wird die starke Assoziation mit zentralnervösen Reifungsprozessen betont.
- 2) Welche Aussage trifft nicht zu?
 - a) Hinsichtlich der Symptombeschreibung der ADHS wird die Formulierung der 18 Symptome im DSM-5 grundsätzlich verändert.
 - b) Die Veränderungen im DSM-5 zielen u. a. darauf ab, der veränderten Erscheinungsform der ADHS bis ins Erwachsenenalter gerecht zu werden.
 - c) Es wurden zusätzliche Beispiele vor dem Hintergrund des altersabhängigen Wandels der ADHS-Symptomatik hinzugefügt.
 - d) Es gibt zahlreiche Befunde für eine Veränderung der ADHS-Symptomatik vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter.
 - e) Es besteht durch die Veränderungen im DSM-5 die Gefahr, dass durch zusätzliche Beispiele der ADHS-Symptomatik in der klinischen Beurteilung nun auf diese anstatt auf die Gesamtsymptombeschreibung fokussiert wird.
- 3) Welche Aussage trifft nicht zu?
 - a) Im DSM-5 wird die diagnostische Schwelle durch die vorgenommenen Änderungen ab dem 17. Lebensjahr gesenkt.
 - b) Studien belegen, dass trotz altersabhängiger Abnahme der Zahl der Symptome die funktionelle Beeinträchtigung der Betroffenen persistieren kann.
 - c) Die Prävalenz der ADHS ab dem Alter von 17 Jahren dürfte durch die Veränderungen im DSM-5 ansteigen.
 - d) Nach den Daten der BELLA-Studie würde sich die Prävalenz der ADHS durch die Änderungen in DSM-5 nicht wesentlich erhöhen.
 - e) Nach den Daten der BELLA-Studie würde sich die Prävalenz der ADHS durch die Änderungen im DSM-5 um den Faktor 2 erhöhen.
- 4) Welche Aussage trifft nicht zu?
 - a) Im DSM-5 wird das Alterskriterium für den Beginn der ADHS-Symptomatik von 7 auf 12 Jahre verändert.
 - b) Zahlreiche Befunde weisen darauf hin, dass die Grenze eines Alters von 7 Jahren für den Beginn der ADHS-Symptomatik nicht valide ist.
 - c) Betroffene, die ADHS-Symptome vor dem 7. Lebensjahr aufweisen, unterscheiden sich nicht hinsichtlich Erscheinungsbild und Schwere der Symptomatik von Betroffenen, die erste ADHS-Symptome zwischen dem 7. und 12. Lebensjahr zeigen.
 - d) Die retrospektive Erfassung der ADHS-Symptome vor dem 8. Lebensjahr stellt im klinischen Alltag keine Schwierigkeit dar.
 - e) Betroffene, die ADHS-Symptome vor dem 7. Lebensjahr aufweisen, unterscheiden sich nicht hinsichtlich Art und Ausmaß der komorbiden Störungen und Ansprechen auf Behandlungsoptionen von Betroffenen, die erste ADHS-Symptome zwischen dem 7. und 12. Lebensjahr zeigen.
- 5) Welche Aussage trifft zu?
 - a) Im DSM-5 können ADHS und Autismusspektrum-Störung zusammen diagnostiziert werden.
 - b) Generell wirkt Atomoxetin nicht bei ADHS und komorbid bestehender Autismusspektrum-Störung.
 - c) Die Diagnosestellung der ADHS ist aufgrund der Informationen nur eines Beurteilers grundsätzlich valide.
 - d) Eltern und Lehrer unterscheiden sich bezüglich der ADHS-Beurteilung nur selten.
 - e) Die Anamnese der ADHS sollte sich auf einen Lebensbereich beschränken.

Um Ihr CME-Zertifikat zu erhalten (mind. 3 richtige Antworten), schicken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen **mit einem frankierten Rückumschlag** bis zum **29.8.2014** an die nebenstehende Adresse. Später eintreffende Antworten können nicht mehr berücksichtigt werden.

Marie-Luise Cox-Hammersen
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Neuenhofer Weg 21
52074 Aachen
Deutschland

FORTBILDUNGSZERTIFIKAT

Die Ärztekammer Niedersachsen erkennt hiermit
2 Fortbildungspunkte an.

«DSM-5 – Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-
störungen»

Stempel

Kinder- und Jugend-
psychiatrie und
Psychotherapie
4/2014

HUBER



Die Antworten bitte deutlich ankreuzen!

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Name

Berufsbezeichnung, Titel

Straße, Nr.

Datum

Unterschrift