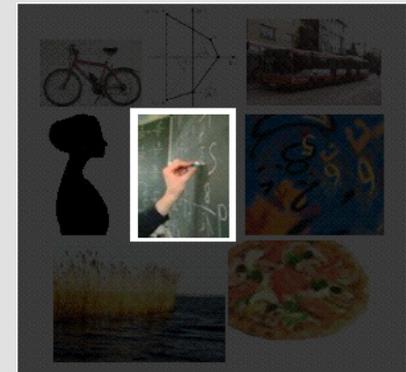


ADHS aus medizinischer Sicht Erklärungsansätze

Prof. Dr. Elisabeth von Stechow





Vom Zappelphilipp zum ADHS-Kind

Über die historische Entwicklung eines
Krankheitsbildes

Geschichte des ADHS-Kindes

- Zappelphilipp - Vater-Sohn Konflikt (1844 Heinrich Hoffmann)
- Nervöse Konstitution (1845 - Psychiater Wilhelm Griesinger)
- Hypermetamorphose (1859 - Psychiater Heinrich Neumann)
- American Nervousness (1869 - amer. Neurologe George Miller-Beard)
- Konstitutioneller Charakterfehler (1890 - Psychologe Ludwig Strümpell)

Geschichte des ADHS-Kindes

- Moral defect (1902 - engl. Pädiater George Frederick Still)
- Erziehungsdefizite der Eltern (1908 - Pädiater Adalbert Czerny)
- Falsche Erziehungsmethoden, Reizüberflutung (1926 - Kinderpsychiater August Homburger)
- Neurotische Unarten (1939 - Wiener Pädiater Franz Hamburger)
- (Aufstellung nach Eduard Seidler 2004)

Hoffmanns Zappelphilipp (1845)



- "Ob der Philipp heute still wohl bei Tische sitzen will?" Also sprach in ernstem Ton der Papa zu seinem Sohn, und die Mutter blickte stumm auf dem ganzen Tisch herum. Doch der Philipp hörte nicht, was zu ihm der Vater spricht. Er gaukelt und schaukelt, er rappelt und zappelt auf dem Stuhle hin und her. "Philipp, das missfällt mir sehr!"

Das Zappelphilipp-Syndrom

- Heinrich Hofmann gilt als „Erstbeschreiber“ des „Zappelphilipp-Syndroms“
- „Zappelphilipp-Syndrom“ gilt als Synonym für das **A**ufmerksamkeits-**D**efizit-**H**yperaktivitäts-Syndrom, also ein psychiatrisches Krankheitsbild
- Heinrich Hofmann wird als erster deutscher Kinderpsychiater bezeichnet

Der Zappelphilipp



- Heinrich Hoffmann war kein Kinderpsychiater, sondern bei Erscheinen des Zappelphilipps Allgemeinarzt
- 1851 wurde er Leiter der „Anstalt für Irre und Epileptische“
- „Der Struwwelpeter“ ist eine Sammlung **pädagogischer Warngeschichten**
- Die beschriebenen Verhaltensweisen der Kinder gelten als Unarten und als Kinderfehler

Wilhelm Griesinger (1817-1869)

„Nervöse Konstitution“

- Berliner Psychiater beschreibt das Gehirn als „psychisches Organ“ und seine Funktionsstörungen als „psychische Krankheit“
- Kinder die „keinen Augenblick Ruhe halten und gar keine Aufmerksamkeit zeigen“ haben eine:
- *nervöse Konstitution (gestörte Reaktion des Gehirns auf einwirkende Reize)*
- (Griesinger W: Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart 1859)

Heinrich Neumann (1814-1884)

„krankhafte Gereiztheit des Bewusstseins“

- *„Erethismus [krankhafte Gereiztheit] des Bewusstseins“, auch „Hypermetamorphose“.*
- *„Solche Kinder haben etwas Ruheloses, sind in ewiger Bewegung, höchst flüchtig in ihren Neigungen, unstät in ihren Bewegungen ... schwer zum Sitzen zu bringen, langsam in der Erlernung des Positiven, aber oft blendend durch rasche und dreiste Antworten. Dieser Zustand, den die eitlen Mütter als geistreich, und die besorgten Mütter als aufgereggt bezeichnen, ist freilich als solcher noch keine Geisteskrankheit, aber er muß schon als krankhafte Richtung, deren Folgen nicht abzusehen sind, aufgefasst und bei der psychischen und moralischen Erziehung sehr ernstlich ins Auge gefasst werden“.*
- Heinrich Neumann: Lehrbuch der Psychiatrie. Erlangen 1859, S. 143.

Affektives und moralisches Irresein

- Henry Maudsley (1835-1918)
- Hermann Emminghaus (1845-1904)

„Moral defect“

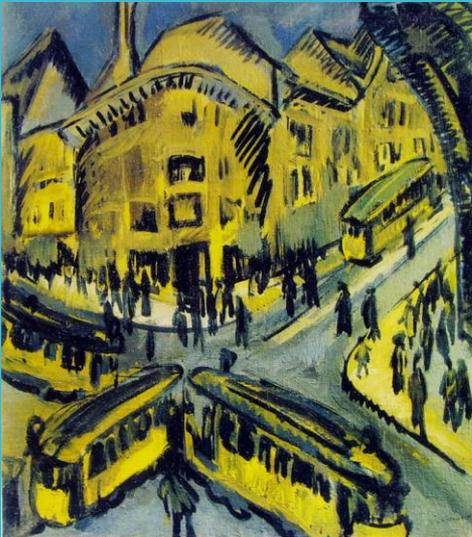
- George Still (1868-1941)
 - anormale Unfähigkeit zur ausdauernden Aufmerksamkeit bei normaler Intelligenz
 - *Defekt in der moralischen Kontrolle bei Kindern* (*"defect of moral control in children"*)
 - (Still GF: Some abnormal physical conditions in Children. Lancet 1902, 1: 1008–12, 1077–82, 1163–68)



- Adalbert Czerny (1863-1941)
 - „großer Bewegungsdrang, mangelnde Ausdauer beim Spiel und bei jeder Beschäftigung, Unfolgsamkeit und mangelhafte Konzentrationsfähigkeit“
 - *Neuropathische Konstitution:*
Zwischenstufe zwischen geistig normalen und abnormen Kindern

(Czerny A: Der Arzt als Erzieher des Kindes. 9. Aufl. Wien 1942)

Neurasthenie



- George Miller Beard (1839-1883)
- Das Konzept der „Nervenschwäche“
 - Überreizung und Hyperaktivität als nervliche Schwäche
 - Schwäche der hemmenden Nervenfibern
- Zivilisationskrankheit:
- Das „nervöse Zeitalter“ (Joachim Radkau)
- Reizüberflutung, berufliche und familiäre Überforderung
- Soziale Probleme
- Industrialisierung
- (Beard George Miller: Neurasthenia, or nervous exhaustion. Boston Med.Surg.J. 1869; 80: 217–221)

Neurasthenische Schüler

- „Schulüberbürdung“
- Emil Kraepelin: Ermüdungsforschung
- "Zum Heile für unsere heranwachsende Jugend hat die gütige Natur ihr ein Sicherheitsventil gegeben, dessen Wert nicht hoch genug gepriesen werden kann - das ist die Unaufmerksamkeit..."
- (Emil Kraepelin: Zur Überbürdungsfrage, Fischer 1897)

MCD (Minimale Cerebrale Dysfunktion)

- Nach Strauss und Lethinen (1947)
- „Generell wird mit der Zugehörigkeit zur Gruppe der Kinder mit minimaler zerebraler Dysfunktion die Vorstellung einer verzögerten Entwicklung in verschiedenen Bereichen und in schulischen Fertigkeiten verbunden. Hinzu kommen Verhaltensbesonderheiten, wie zum Beispiel Langsamkeit, Reizüberempfindlichkeit, Impulsivität, Affektlabilität, Distanzstörung, Hypermotorik, Ängstlichkeit oder auffallende Angstfreiheit“ (Martin Schmidt 1989)

Frühkindliches Psychoorganisches Syndrom (POS)

- Lempp 1970, Ruf-Bächtiger 1987
- „Wir vertreten hier die Position, dass zur Diagnose eines frühkindlichen psychoorganischen Syndroms Störungen der Motorik, der Wahrnehmung und der Verhaltens vorliegen müssen“ (Felder, Herzka, 2001)

Hyperkinetische Störung/Syndrom (HKS) seit Mitte der 80iger Jahre im ICD9

- Hyperkinetisches Syndrom (HKS):
- „auf übermäßiger Bewegung beruhend“.
- Mit "Syndrom" (Syndrome = Zusammenlauf) bezeichnet man das Zusammentreffen einzelner uncharakteristischer Symptome zu einem kennzeichnenden Krankheitsbild.

ADS/ADD (1980iger Jahre)

- ADD (attention-deficit-disorder)
- oder ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom
- erheblicher Mangel an Konzentration und Daueraufmerksamkeit. Motorische Hyperaktivität beziehungsweise Unruhe plus beeinträchtigte Impulskontrolle können hinzukommen, müssen aber nicht

ADHD/ADHS (seit den frühen 90er Jahren, im DSM3 seit 1987)

- ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder)
- ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung)
- erheblicher Mangel an Aufmerksamkeit, der mit Hyperaktivität verbunden ist

Aktuelle medizinische Erklärungsansätze

Genetische Bedingungen und Geschlecht

Neurobiologische Aspekte

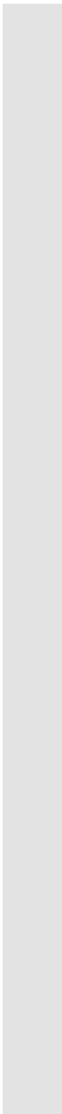
 Neurochemische Aspekte:
Stoffwechsel-Hypothese

 Neuroanatomische Aspekte:
Frontallappen-Hypothese



Genetische Bedingungen

Zwillings- und Adoptionsstudien



Zwillings- und Adoptionsstudien (Annahme, die Bedingungen des Aufwachsens seien identisch)

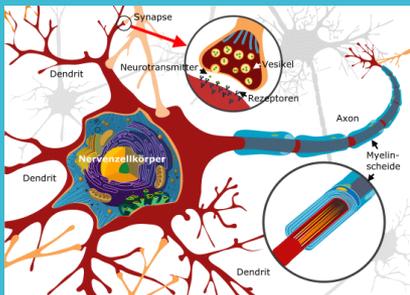
- **Eineiige Zwillinge** (100% genetisch identisch):
 - Konkordanzrate ADHS 80-90%
- **Zweieiige Zwillinge** (50% genetische Übereinstimmung)
 - Konkordanzrate 30%
- **Schwankende Forschungsergebnisse:**
 - Einschätzungen von Eltern und Lehrern schwanken von 30% - 60 % gegenüber Testergebnissen (30%)
 - Problem: Zweieiige Zwillinge waren z.T. gemischt geschlechtlich
 - Krause, J. et. Al. (2013)



Neurobiologische Thesen

Neurochemische Aspekte: Stoffwechsel-Hypothese

Neuroanatomische Aspekte: Frontallappen-Hypothese



Fehlsteuerung des Dopamin-Noradrenalin-Serotonin-Stoffwechsels

- Erklärungsmodell für die Entstehung der ADHS, dass eine fehlerhafte Informationsverarbeitung zwischen bestimmten Hirnabschnitten annimmt, die für die Konzentration, Wahrnehmung und Impulskontrolle zuständig sind.
- Ungleichgewicht der Neurotransmitter in bestimmten Hirnbereichen, vor allem von Dopamin und Noradrenalin.

Fehlsteuerung der Dopamin-Noradrenalin-Serotonin-Stoffwechsels

- Dopaminmangel-Hypothese:
 - Eine Unterversorgung mit Dopamin führt zu einer Störung der Informationsweiterleitung zwischen den Nervenzellen.
 - Folge: Schlechte Reizfilterung, Schlechte Steuerung der Gedanken
- Dopaminüberschuss-Hypothese
 - Überversorgung mit Dopamin führt zu einer Störung der Informationsweiterleitung zwischen den Nervenzellen.
 - Folge: Schlechte Reizfilterung, Schlechte Steuerung der Gedanken

Frontallappen-Hypothese

Funktionsstörungen in einzelnen Hirnabschnitten
(Stammganglien und Frontalhirn)

Veränderungen in der „Gehirnarchitektur“.

Das Frontalhirn, bei ADHS-Kindern kleiner ist und die veränderten Hirnbereiche verbrauchen weniger Sauerstoff und Glukose als bei gesunden Kindern.

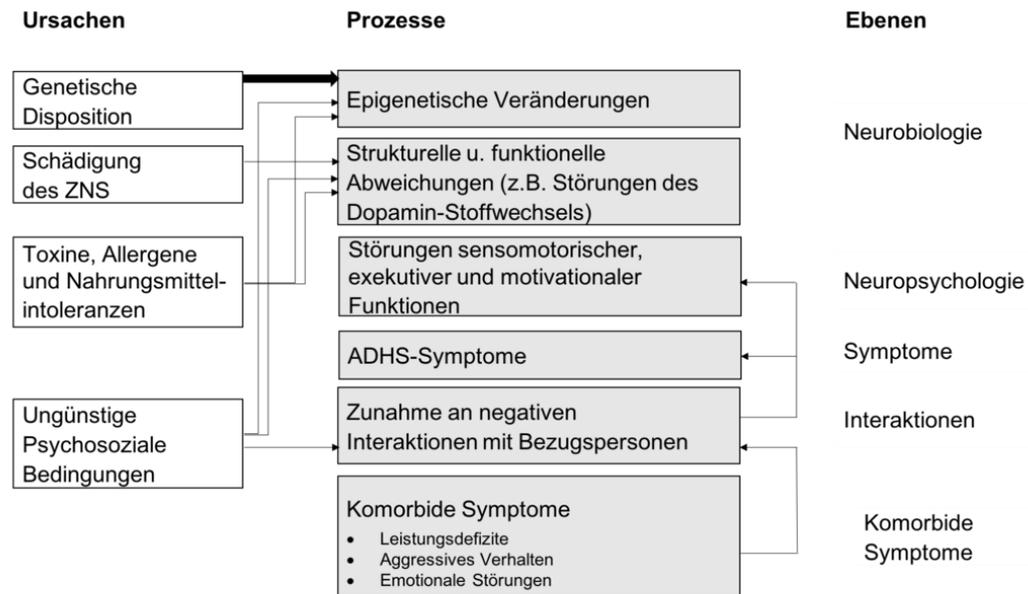


Spect-Darstellungen,
Courtesy Dr. Daniel Ames,
Ames Clinics, Kalifornien
Powerpoint-Grafiken von
<http://www.brainresearchinstitute.org/>,
Courtesy Dr.
Alaric Arenander (Direktor)

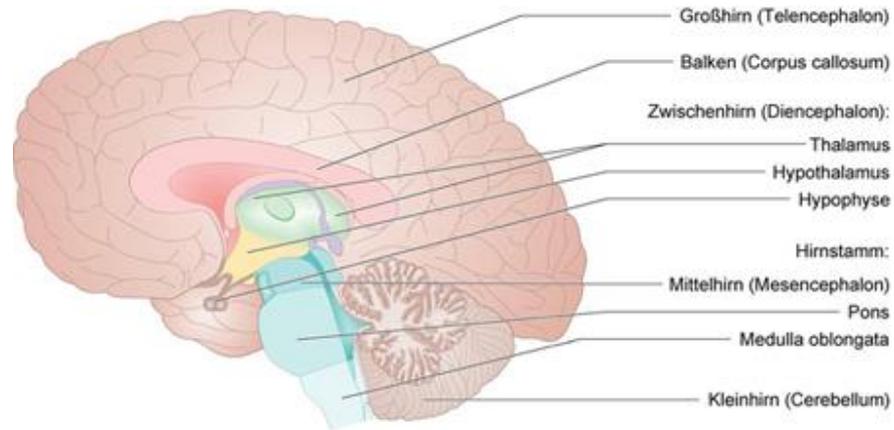
Gestörter Hirnmetabolismus

Gestörter Hirnmetabolismus (mangelnde Durchblutung) zeigt sich in den SPECT-Abbildungen in Form von Löchern, auch "functional holes" genannt, Hirnläsionen, in denen praktisch keine Stoffwechselaktivität mehr stattfindet. Dieser gestörte Hirnstoffwechsel ist korreliert mit dezimierter neuraler Aktivität in diesem Bereich. Im oberen Teil der Abbildung befindet sich der Frontallappen, Vorderhirn (präfrontaler Kortex) abgebildet, indem Exekutivfunktionen wie zielorientiertes Verhalten, Motivation, Impuls- und Affektkontrolle, moralisches Urteilen usw. angesiedelt sind

Modell nach Döpfner et. al. 2013



Quelle: Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2013). *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)* (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 1, 2., überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.



Diagnostik

Symptomatik und Diagnostik
nach ICD 10/11 und DSM IV/V

Definition und Klassifikation

Über die Symptome

- **Unaufmerksamkeit**
- **motorische Unruhe**
- **und Impulsivität**

wird eine Gruppe von Störungsbildern definiert, die in den gebräuchlichen Klassifikationssystemen

ICD-10 und DSM V

als **hyperkinetische Störung (HKS)** bzw. **Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)**

detailliert beschrieben und mit diagnostischen Kriterien versehen werden.

Kernsymptome

- Störung der Aufmerksamkeit mit Mangel an Ausdauer bei Leistungsanforderungen
- Tendenz, Tätigkeiten zu wechseln, bevor sie zu Ende gebracht wurden.
- Unruhiges Verhalten insbesondere mit Unfähigkeit, stillsitzen zu können.
- Impulsivität z. B. mit abrupten motorischen und / oder verbalen Aktionen, die nicht in den sozialen Kontext passen.
- (Stellungnahme der Bundesärztekammer
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/ADHSLang.pdf)

Kernsymptome

Beachtung des Entwicklungsstandes

- Ausprägung der Symptome muss vom üblichen Verhalten des jeweiligen Alters und Entwicklungsstand abweichen
- Beginn der Störung im Allgemeinen vor dem Alter von 6 Jahren, Feststellung der Störung erst ab dem 6. Lebensjahr legitim

Begründung

- Motorische Unruhe und geringe Konzentrationsspannen gelten bei jüngeren Kindern normale Verhaltensweisen

Dauerhafte Störung

- Dauer und Situation
- Dauer des Bestehens von mehr als 6 Monaten
- Muss in mehreren Situation auftreten
(z. B. zu Hause, im Klassenzimmer, in der Freizeit).



- Begründung
- Kurzfristige Phasen von motorischer Unruhe und Unaufmerksam sind normal
- Treten die Symptome nur in einem Lebensbereich auf (z.B. Schule), muss untersucht werden, ob die Umgebungssituation Auslöser der Störung ist.

Epidemiologie (Verbreitung)

- **DSM-IV**
- bevölkerungsbasierte Stichprobe (strukturierte oder semistrukturierter Interviews)
- Altersgruppe von 4 bis 17 Jahren eine Prävalenz von 2 bis 7 Prozent

- **Robert-Koch-Instituts Berlin**
- Erhebungen im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys wurde
- Kinder und Jugendliche bis zum 17. Lebensjahr Ermittlung einer mittleren Prävalenzrate von 3,9%

ICD-10
bevölkerungsbasierte Stichprobe
(strukturierte oder
semistrukturierter Interviews)
1 bis 2%

Hyper- kinetische Störung

Klassifikation nach ICD 10

- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision
German Modification
- „International Classification of Diseases, 10th Revision“ (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO; Dilling, Mombour & Schmidt, 2015)

ICD 10 Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (Foo-F99)

- Hyperkinetischen Störungen (F90.-)
- *Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung* (F90.0)
- *Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens* (F90.1) = gleichzeitiges Vorliegen der Symptome einer ADHS sowie einer Störung des Sozialverhaltens
- *Sonstigen hyperkinetischen Störungen* (F90.8)
- *Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet* (F90.9).

- Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität sind im ICD-10 unter *Sonstige nicht näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* (F98.8) verzeichnet.
- (ICD 10 2015, Geissler, J. et. al., 2019)

F90.- Hyperkinetische Störungen

Definition

- Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch
 - einen **frühen Beginn** in mindestens einem Bereich vor dem 6. Lebensjahr,
 - einen **Mangel an Ausdauer** bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen
 - Tendenz, **von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln**, ohne etwas zu Ende zu bringen
 - eine **desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität** und schlecht regulierte Impulsivität.
- Verschiedene andere Auffälligkeiten, die dem Bereich der Störungen des Sozialverhaltens, eines mangelnden Selbstwertgefühls und der Depressionen zugeordnet werden können, liegen im Verlauf der Kindheit zusätzlich vor.

F90.- Hyperkinetische Störungen

Definition

- Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und **impulsiv**
- neigen zu **Unfällen**
- und werden oft bestraft, weil sie eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich **Regeln verletzen**.
- Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer **Distanzstörung** und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt.
- Bei anderen Kindern sind sie **unbeliebt und können isoliert sein**.
- Beeinträchtigung kognitiver Funktionen ist häufig, **spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung** kommen überproportional oft vor.
- Sekundäre Komplikationen sind **dissoziales Verhalten** und **niedriges Selbstwertgefühl**.
- (Bundesärztekammer 2005,
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/AD_HSLang.pdf)

F 90.0

- **Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung**
- Inkl.: Aufmerksamkeitsdefizit bei: hyperaktivem Syndrom
- Hyperaktivitätsstörung
- Störung mit Hyperaktivität
- Exkl.: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens ([F90.1](#))

F 90.1

- **Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens**
- Inkl.: Hyperkinetische Störung verbunden mit Störung des Sozialverhaltens
- **F90.8 Sonstige hyperkinetische Störungen**
- **F90.9 Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet**
- Inkl.: Hyperkinetische Reaktion der Kindheit oder des Jugendalters o.n.A.
Hyperkinetisches Syndrom o.n.A.

klinische Kriterien

- beschränken sich darauf, dass Hyperaktivität / Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung in ausgeprägter Form vorliegen müssen
- *Exkl.: Affektive Störungen (F30-F39) Angststörungen (F41.-, F93.0) Schizophrenie (F20.-) Tief greifende Entwicklungsstörungen (F84.-)*

Forschungskriterien

- sechs der neun Symptome von Unaufmerksamkeit
- drei der vier Symptome von Überaktivität
- eins der vier Symptome von Impulsivität

- Zusätzliche Voraussetzung für eine Klassifikation als Störung ist erkennbares Leiden oder eine Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit

ICD 11

Seit dem 1. Januar 2022 ist die ICD-11 trat in Kraft.

Die Morbiditätskodierung wird im deutschen Gesundheitswesen voraussichtlich noch mehrere Jahre in Anspruch nehmen.

Flexible Übergangszeit von mindestens 5 Jahren, möglicherweise länger.

Anschließend gilt die ICD 11-Kodierung.

- Quelle:
(https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html)

ADHS im ICD-11

(Döpfner; Banaschewski 2022,
<https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000854>)

Im Bezeichnung ICD-11 wird die Bezeichnung „Hyperkinetisches Syndrom verworfen und lehnt sich künftig am DSM-5 an.

Die ICD-10-Kategorie der „Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend“ wird verworfen und stattdessen wird ADHS zu den „neurodevelopmental disorders“ zugeordnet (Störung der neuronalen und mentalen Entwicklung).

Anlehnung an die Subklassifikation des DSM-5 in: *vorwiegend unaufmerksames, vorwiegend hyperaktiv-impulsives* und *gemischtes* Erscheinungsbild.

ADHS im ICD-11

(Döpfner; Banaschewski 2022,
<https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000854>)

Symptomkriterien der ICD-11 weniger detailliert formuliert als die DSM-5-Kriterien.

- ICD-10-Forschungskriterien werden verworfen.

Störungsbeginn wird in der frühen bis mittleren Kindheit verortet.

- Symptombdauer von mindestens 6 Monaten.
- Symptome sind dem Entwicklungsstand des Kindes nicht entsprechend und von unangemessenem Ausmaß.

Beeinträchtigungen betreffen zwei oder mehr Lebensbereiche

- Klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen.

ICD 11- Kodierung: Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung

6A05	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
6A05.0	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit vorwiegend unaufmerksamem Erscheinungsbild
6A05.1	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit vorwiegend hyperaktiv-impulsivem Erscheinungsbild
6A05.2	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit gemischten Erscheinungsbild
6A05.Y	Anderweitig bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
6A05.Z	Nicht näher bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Diagnostische Kriterien von ADHS nach DSM-V

- **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen)**
- Klassifikationssystem der American Psychiatric Association APA (Amerikanische Psychiatrische Vereinigung)
- Ersterscheinung 1952 in den USA
- 1996 deutsche Publikation des DSM-IV
- Aktuell gilt die Version **DSM-V**

Multiaxiale Einteilung

Zu einer Diagnose gehört die Angabe des Zustandes auf jeder dieser fünf Achsen:

- **Achse I:** Klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme. Hauptsächlich Zustandsstörungen, schwere mentale Fehlstörung und Lernunfähigkeiten (Beispiele: Schizophrenie, Angststörungen, Störungen der Impulskontrolle, Essstörungen).
- **Achse II:** Persönlichkeitsstörungen (Beispiele: Borderline-Persönlichkeitsstörung, schizoide oder paranoide Persönlichkeitsstörungen, Antisoziale Persönlichkeitsstörung) und geistige Behinderungen.
- **Achse III:** Medizinische Krankheitsfaktoren. Diese Achse umfasst körperliche Probleme, die bedeutsam für die Psychische Störung sein können.
- **Achse IV:** Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme (Beispiele: Wohnungsprobleme, Berufliche Probleme, Probleme im sozialen Umfeld)
- **Achse V:** Globale Beurteilung des Funktionsniveaus anhand der GAF-Skala (zu GAF-Skala siehe: http://www.psychiatrie-in-berlin.de/soziotherapie/gaf_skala.pdf)

Definition der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung nach DSM V

- Störung in den Bereichen **Unaufmerksamkeit**, **Hyperaktivität** und **Impulsivität**
- Die Symptome müssen seit mindestens sechs Monate bestehen.
- Sind nicht mit dem Entwicklungsstand des Kindes zu vereinbaren sein.
- Müssen als unangemessen zu beurteilen sein.

Subtypen

- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Mischtypus
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei vorherrschender Unaufmerksamkeit
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei vorherrschender Hyperaktivität Impulsivität

Nicht vollständig ausgeprägte Störungsbilder:

- Teilremittierte Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
- Nicht näher bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Unaufmerksamkeit (6)

- beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder anderen Tätigkeiten,
- hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielaktivitäten aufrechtzuerhalten,
- scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen,
- führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig aus und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder von Verständnisschwierigkeiten),

Unaufmerksamkeit

- hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben oder Aktivitäten zu organisieren,
- vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben),
- verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug),
- lässt sich öfter durch äußere Reize leicht ablenken,
- ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.

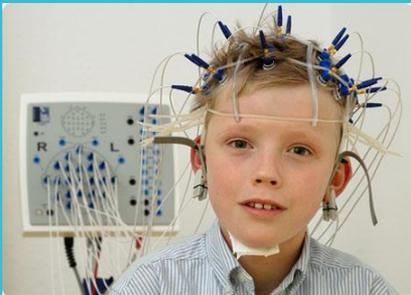
Hyperaktivität und Impulsivität (6)

- zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum
- steht in der Klasse oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, häufig auf
- rennt häufig umher oder klettert exzessiv in Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird
- hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen,
- ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“

Impulsivität

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

Medizinische Diagnostik



nach der Empfehlung der
Bundesärztekammer

http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/ADHSLang.pdf

Diagnose

- „Es wird empfohlen, eine multiaxiale Diagnostik durchzuführen, die die Störung auf sechs Achsen abbildet: klinisch-psychiatrisches Syndrom (1. Achse), umschriebene Entwicklungsstörungen (2. Achse), Intelligenzniveau (3. Achse), körperliche Symptomatik (4. Achse), assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (5. Achse) und globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (6. Achse)“
- http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/ADHSLang.pdf

Fragebogen verfahren

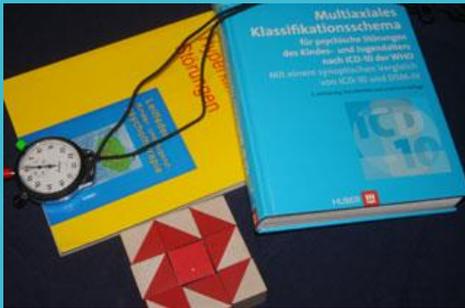
- Standardisierte Fragebögen für die Eltern, für das Kind / den Jugendlichen und für den Erzieher / Lehrer
- Zur Erfassung der ADHS-Symptomatik eignen sich Fragebögen, die die Symptome entsprechend ICD-10 und / oder DSM-V überprüfen 10-Item-Kurzform des Conners - Fragebogens
- CBCL/4-18

Testpsychologische Untersuchungen

- „Es gibt kein testpsychologisches Verfahren, mit dem eine ADHS definitiv festgestellt werden kann. Die Diagnose einer ADHS ist eine klinische Diagnose. Neuropsychologische Tests zur Erfassung der Aufmerksamkeit, der Impulsivität und der exekutiven Funktionen können bei der Erfassung umschriebener Defizite hilfreich sein, sie sind aber nicht so aussagekräftig, dass sie routinemäßig bei der Diagnose der Störung eingesetzt werden“
- http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/ADHSLang.pdf

Testpsychologische Untersuchungen

- Eine umfassende Intelligenz-, Entwicklungs- und Leistungsdiagnostik ist vor allem dann indiziert, wenn Hinweise auf Intelligenzminderungen, Entwicklungsdefizite oder schulische Leistungsprobleme vorliegen.
- Im Vorschulalter sollte prinzipiell eine differenzierte Entwicklungsdiagnostik durchgeführt werden



Organische Diagnostik

- Eine internistische und neurologische Untersuchung sowie der Kontakt zum vorbehandelnden Arzt dient der Prüfung, ob begleitende körperliche Erkrankungen vorliegen und kann zur Veranlassung weiterführender Untersuchungen führen (z. B. Labordiagnostik, EEG, bildgebende Verfahren).
- Spezifische körperliche Merkmale einer ADHS existieren nicht.

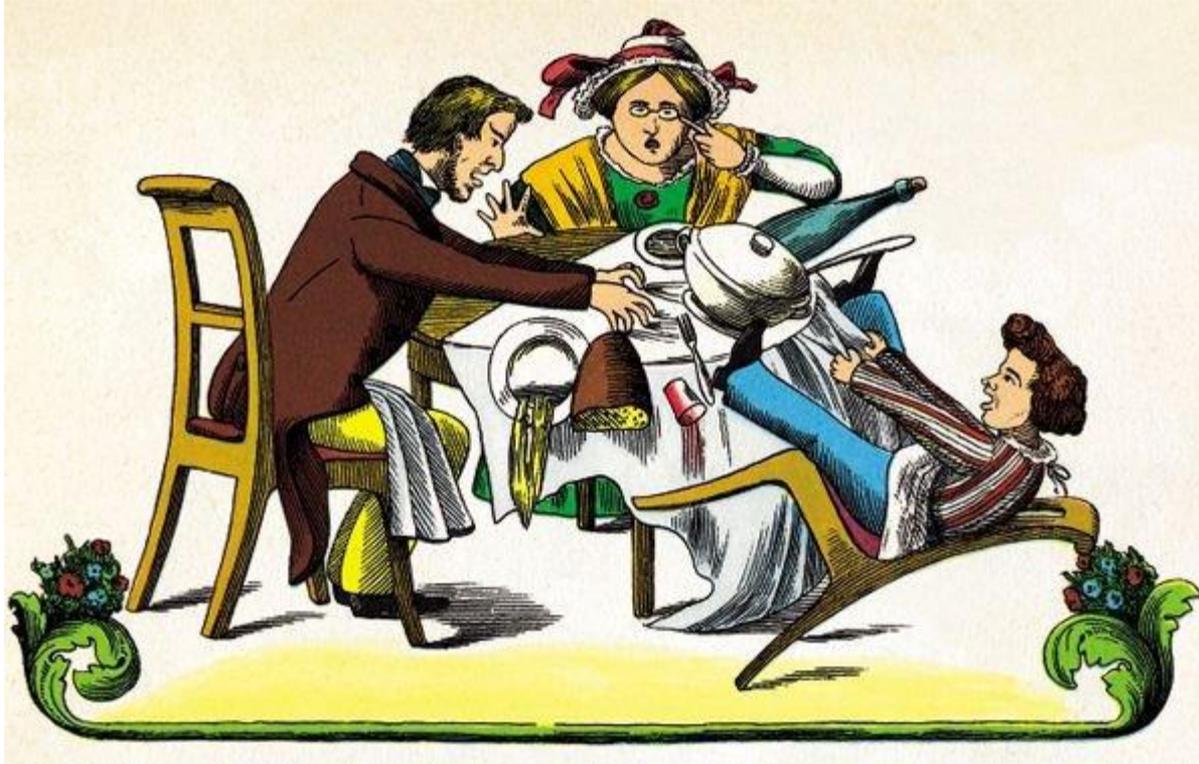
Verhaltens- beobachtung

- Das Verhalten des Patienten wird während verschiedener Untersuchungssituationen (z. B. Spiel, testpsychologische und körperliche Untersuchung) beobachtet und beurteilt.



Verlaufs- kontrolle

- Die Wirksamkeit einer Intervention wird anhand der Veränderungen der ADHS-Symptomatik und komorbider Symptome im Alltag des Patienten überprüft.
- Die klinische Exploration des Patienten und vor allem seiner Bezugspersonen (Eltern, Erzieher oder Lehrer) bietet die Grundlage der klinischen Verlaufskontrolle. Der Grad der Veränderung lässt sich anhand einer klinischen Gesamtbeurteilungsskala (Clinical Global Impression Scale)



Literatur

- Beard George Miller (1869): Neurasthenia, or nervous exhaustion. Boston Med.Surg.J.; 80: 217–221
- Czerny, A.: Der Arzt als Erzieher des Kindes. 9.Aufl. Wien 1942.
- Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M. & Romanos, M. (2017). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivierungsstörung. *Deutsches Ärzteblatt*, 114, 149–159.
- Emminghaus, H. (1887) Die psychischen Störungen des Kindesalters. Faksimiledruck, Tartuer Universität, Tartu 1992. Original (1887) Tübingen, Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung
- Falka, Peter, Wittchen, Hans-Ulrich (Hrsg.): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Hogrefe, 2015
- Geissler, J. et al. (2019) Verhaltenstherapie bei ADHS im Jugendalter: Ein modular aufgebautes Therapieprogramm, Hogrefe
- Griesinger, W.: Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart 1859
- International Classification of Diseases, 10th Re- vision (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO; Dilling, Mombour & Schmidt, 2015)
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
10. Revision
German Modification
- Kraepelin, Emil (1897): Zur Überbürdungsfrage, Fischer
- Krause, J. et. Al. (2013): ADHS im Erwachsenenalter; Symptome, Differentialdiagnose, Therapie, Schattauer
- Rothenberger A., Neumaärker KJ. (2005) ADHS — Allgemeine geschichtliche Entwicklung eines wissenschaftlichen Konzepts. In: Wissenschaftsgeschichte der ADHS. Steinkopff
- Schmidt, Martin H. (1992): Minimale zerebrale Dysfunktion: Das MCD-Konzept ist überholt Dtsch Arztebl 1992; 89(48): A-4118
- Seidler, Eduard (2004): „Zappelphilipp“ und ADHS: Von der Unart zur Krankheit, in: Dtsch Arztebl 2004; 101(5): A-239 / B-207 / C-199
- Still GF: Some abnormal physical conditions in Children. Lancet 1902, 1: 1008–12, 1077–82, 1163–68.