

Diagnostik und Differentialdiagnostik der adulten ADHS

Priv.-Doz. Dr.med. Maria Strauß

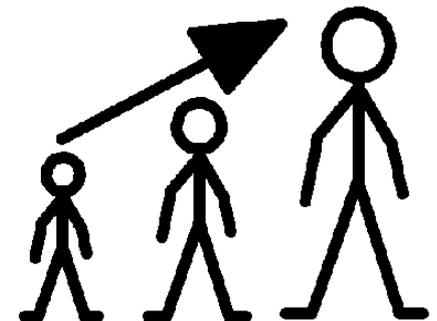
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Universitätsklinikum Leipzig AöR

maria.strauss@medizin.uni-leipzig.de



- Prävalenz bei Erwachsenen ca. 2,8%
- Persistenz-Rate: 40-60%
- Bei Kindern Androtropie bis 10:1
- Bei adulten geringere Geschlechtsunterschiede
2,73-1,5:1 (♂:♀)



Klassifikation	Aufmerksamkeitsstörung	Motorische Überaktivität	Impulsivität	Beginn in der Kindheit
<i>Kraepelin 1913: „Manische Veranlagung“ bzw. „Konstitutionelle Erregung“ des Manisch-depressiven Irreseins ([17], Bd. 3, S. 1312–1317)</i>	„In der Regel nur geringe und namentlich sehr lückenhafte Kenntnisse“, da keine Ausdauer beim Lernen, Scheuen von Anstrengung, „ungemein leicht ablenkbar“, Entziehen einer planmäßigen geistigen Ausbildung, „um dafür im bunten Wechsel alle möglichen Nebendinge zu treiben“	„Im Benehmen und Handeln tritt vor allem eine gewisse Unstetigkeit und Rastlosigkeit hervor“; Sehnsucht nach rascher Veränderung und Abwechslung	Widerspruch zwischen innerem Tatendrang und vernünftiger Überlegung; „vielfach auffallende und absonderliche Handlungen“; „gegen andere hochfahrend, rechthaberisch, reizbar, patzig, trotzig“	In der Kindheit: „unbotmäßig, liederlich, Rädelsführer bei allen Ungehörigkeiten“; Schule schwänzen; häufige Schulwechsel, Scheitern bei Prüfungen wegen Abneigung gegen Lernen
<i>Kraepelin 1915: Psychopathische Persönlichkeiten – „Die Haltlosen“ ([17], Bd. 4, S. 1995–2019)</i>	„Gänzliche Unfähigkeit zu ausdauernder und gründlicher Arbeit“; „keine Neigung sich anzustrengen, zerstreut, leicht ermüdbar und ablenkbar“; „nirgends dringen sie in die Tiefe“; „Wissen bleibt überall oberflächlich und lückenhaft, bisweilen armselig“; „höhere geistige Ausbildung bleibt regelmäßig mangelhaft“; „Urteil unreif und einseitig“	„Eine die gesamte Lebensführung beherrschende Bestimmbarkeit des Willens“; „wankelmütig, ändern im Handumdrehen ihre Pläne“	„Lassen sich durch geringfügigste Umstände von der Erfüllung ihrer Pflichten abhalten“; „plötzliche Triebhandlungen“; „planlose Reisen“	„Kinder, von denen man annimmt, daß sie weiter Besseres leisten könnten, wenn sie nur wollten“; in der Schule „ablenkbar, flatterhaft, leichtsinnig“
<i>ICD-10</i>	Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die einen kognitiven Einsatz verlangen, Tendenz, von der einen zur anderen Tätigkeit zu wechseln, Achtsamkeit	Mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität, Neigung zu Unfällen	Distanzlosigkeit und Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung	Beginn vor dem 6. Lebensjahr
<i>DSM-5</i>	Fehlende Aufmerksamkeit für Details, Flüchtigkeitsfehler, Schwierigkeit, die Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten, unfähig, Aufgaben zu Ende zu führen, Schwierigkeiten bei der Organisation von Aufgaben und Aktivitäten	Zappeln und/oder Herumsitzen, kann nicht ruhig sitzen, wo dies erwartet wird, häufig auf „Achse“, redet übermäßig viel	Herausplatzen von Antworten, Schwierigkeiten abzuwarten bis er/sie an der Reihe ist, unterbricht und stört häufig andere	Beginn vor dem 12. Lebensjahr

ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, *DSM-5* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5, *ICD-10* International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10

- Andere Psychiatrische Diagnosen z.B. Depression
- Veränderung von protektiven Faktoren im familiären oder beruflichen Umfeld
- Versagen von bisherigen Kompensationsmechanismen
- Zunehmende Anforderungen an die eigene Handlungsplanung und Selbstüberwachung

- Klinisches Erscheinungsbild unterscheidet sich bei Kindern und Erwachsenen!
- Diagnose-Kriterien reflektieren nicht die Symptome von Erwachsenen
- Retrospektive Erhebung der Symptome in der Kindheit
- Veränderung der Funktionseinschränkungen im Verlauf
- Überschneidung der Symptome mit anderen psychiatrischen Erkrankungen
- Psychiatrische Komorbiditäten

Empfehlungen für die Diagnosestellung einer ADHS im Erwachsenenalter

Grundlagen der Diagnose

1. Interview mit dem Patienten
2. Ausschluss organischer psychischer Störungen
3. Interview mit wichtigen Vertrauenspersonen und/oder Eltern
4. Standardisierte Untersuchungsinstrumente
5. Testpsychologische Untersuchungen
6. Diagnosekriterien

Erfassung

Psychiatrische Untersuchung

Anamnese, somatische Untersuchung, cMRT, EEG, etc.

Aktuelle Symptome: Partner

Frühere Symptome: Eltern

WURS-K, CAARS,
Symptomcheckliste DSM-IV

IQ, Aufmerksamkeit (TAP),
Exekutivfunktionen

ICD-10, DSM-IV, Wender-Utah-Kriterien

- Aktuelle Symptome
- Symptome in der Kindheit: Zeugnisse
- Familienanamnese
- Einfluss auf Teilhabe am Arbeitsplatz/Ausbildung oder soziales Leben
- Vorausgegangene Behandlungen: häufige Aussage „nichts hat geholfen“



GESAMTEINSCHÄTZUNG

Werner ist ein lebhafter, unruhiger und stets zu kleinen Dummheiten aufgelegter Schüler. Seine schulischen Leistungen konnte er hier nicht verbessern. Es fehlt ihm an Fleiß, Konzentration, Ausdauer, Gewissenhaftigkeit und oft am guten Willen. Es ist schade, daß die guten geistigen Anlagen durch seine Unausgeglichenheit nicht zur Entfaltung kommen.

Lesen	2	Nadelarbeit	2
Mündlicher und schriftl. Ausdruck	2	Zeichnen	3
Rechtschreibung	3	Singen	2
Grammatik	2	Turnen	2
Schreiben	4		

Heftordnung läßt noch manche Wünsche offen.

Klasse: 4g

1. Halbjahr 19 1 - Schuljahr 1962/63

GESAMTEINSCHÄTZUNG

Werners Leistungen entsprechen nicht seiner Begabung. Bei größerer Aufmerksamkeit im Unterricht könnte er seine Noten verbessern. Lebenswert jedoch ist sein häuslicher Fleiß und seine Hilfsbereitschaft.

Werner besitzt eine gute Einstellung zum Lernen und verfügt über ein durchaus gutes Allgemeinwissen. Der positive Einfluß des Elternhauses ist spürbar und führte schon zu guten Erfolgen.

Heimatkundlicher Deutschunterricht		Rechnen	2
Heimatkundl. Anschauung	2	Werken	3
Lesen	1	Nadelarbeit	3
Mündlicher und schriftl. Ausdruck	2	Zeichnen	3
Rechtschreibung	3	Singen	2
Grammatik	2	Turnen	2
Schreiben	3		

ADHS- Kernsymptome:

- Aufmerksamkeitsstörung
- motorische Überaktivität
- Impulsivität

Gegenüberstellung der Bezeichnungen für die ADHS in DSM-IV/-V und ICD-10

DSM-IV/-V

- ADHS kombiniert (314.01)
- überwiegend unaufmerksam (314.00)
- überwiegend hyperaktiv-impulsiv (314.01)
- Residualer Typ (314.8)

ICD-10

- Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)
- Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.8)
- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1)
- Nicht vorgesehen

Mit Unaufmerksamkeit verbundene Probleme:

- Desorganisiertheit und Ineffizienz (Wechsel zwischen Hyperfokussierung und Zerstreuung)
- Pflichten vor sich her schieben
- Unvermögen zu planen
- Schwierigkeit bei mehreren Aufgaben
- Fehleinschätzung der Zeit
- Ablenkbarkeit durch externe Stimuli
- Schwierigkeiten längeren Ausführungen zu folgen





Mit Impulsivität verbundene Symptome:

- Unfähigkeit zu warten
- Häusliche Gewalt
- Unfälle
- Impulsives Entscheiden
- Unüberlegtes Handeln
- Probleme am Arbeitsplatz
- Soziale Probleme



Mit Hyperaktivität verbundene Symptome:

- Unfähigkeit zu entspannen
- Innere Unruhe
- Unruhiger Schlaf
- Dauerhaft ziellose Bewegungen der Extremitäten
- Vermeidung von Kinobesuchen etc.
- Suche nach Stimuli (z.B. Extremsportarten)



- 1/3 der Patienten betroffen
- Klinisch: affektive Labilität mit raschen wechselnden Stimmungsschwankungen
- Lebensfreude noch erhalten
- Lustlosigkeit, Unzufriedenheit, Langeweile
- Kriterien für uni- oder bipolaren Depression nicht erfüllt



Präsentation:

- Widerstand beim Zubettgehen
- Einschlafprobleme
- nächtliches Erwachen
- unruhiger Schlaf
- Schwierigkeiten beim Wecken



Instrument

Adult ADHD Self-Report Scale
(ASRS)

WHO
Hauptversion – 18 Punkte
Kurze Screening-Version – 6 Punkte
Kostenlose Nutzung

DSM-IV Symptom-Checklisten
(aktuelle, retrospektive
und Informanten-Versionen)

Optionen:
- Barkley Workbook
- DuPaul Rating Scale
- Connors Adult ADHD Rating Scale
Kostenpflichtig

Weiss Impairment Scale

Detaillierte Erfassung von Einschränkungen im
Zusammenhang mit ADHS bei Erwachsenen
Kostenlose Nutzung

Barkley Impairment Items

10 Screening-Fragen für Bereiche von mit
ADHS in Zusammenhang stehenden
Einschränkungen
Kostenpflichtig

Instrument		
Wender-Utah-Rating-Scale (WURS-k)	Selbstbeurteilung anhand von 21 Items und 4 Kontrollitems bzgl. des Vorliegens einer ADHS im Alter von 8-10 Jahren	HASE; Rösler, Retz-Junginger, Retz et al., 2007
ADHS-Selbstbeurteilungsbogen (ADHS-SB)	Erfassung der aktuellen ADHS-Symptomatik auf einer Skala von 0 (trifft nicht zu) bis 3 (schwer ausgeprägt)	HASE; Rösler, Retz-Junginger, Retz et al., 2007
Wender-Reimherr-Interview (WRI)	Standardisiertes Interview, Utah-Kriterien	HASE; Rösler, Retz-Junginger, Retz et al., 2007
Conner´s Adult ADHD Rating Scale (CAARS)	Selbstbeurteilung, 30 Fragen, erfasst ADHS-Kernsymptomatik	Conners, Erhardt und Sparrow, 1999
Adult-ADHS-Self-Report-Scale-v1.1 (ASRS-v1.1)	Symptom Checkliste der 18 Kriterien des DSM-IV-TR; reflektiert aktuelle Symptome	Adler et al., 2003
Fragebogen zum Funktionsniveau	Beurteilt Anforderungen des täglichen Lebens auf einer Skala von 0 (sehr gut) bis 10 (sehr schlecht)	Lauth & Minsel, 2009

ADHS-spezifische Selbstbeurteilungsskalen bei der Differentialdiagnostik

Tab. 6 Vorhersagemodell der Diagnose ADHS vs. kein ADHS mittels binär logistischer Regression

Prädiktor	B	SE B	Wald	β	R^2
WURS-K	-0,052	0,013	16,523	0,950***	35,5
ADHS-SB-Gesamt	-0,094	0,018	26,904	0,910***	
Konstante	3,630	0,610	35,418	37,705***	

ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, *ADHS-SB* ADHS Selbstbeurteilung, *B* Regressionskoeffizient, R^2 Anteil der aufgeklärten Varianz nach Nagelkerke, *SE B* Standardfehler, *WURS-K* Wender Utah Rating Scale
* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Die Diagnose ADHS konnte mithilfe zweier ADHS-spezifischer Skalen (WURS-K und ADHS-SB) zu 83% bei einer Sensitivität und Spezifität von 94% und 56% korrekt vorhergesagt werden.

Differentialdiagnostik

ADHS	Depression
Dauerhaft Stimmungsschwankungen	Stimmungsschwankungen betont in der Krankheitsphase, circadiane Rhythmik
Keine Anhedonie, keine Appetitstörungen	Neurovegetative Symptome vorhanden
Stimmung bessert sich normalerweise bei Symptomkontrolle der ADHS sowie Verbesserung der Funktionalität	Abgrenzbare depressive Episoden. Stimmung von außen nicht beeinflussbar. Nach erfolgreicher antidepressiver Behandlung Verbesserung der Funktionalität

ADHS	Psychose
Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme seit früher Kindheit	Plötzliches Auftreten von Konzentrations- und Aufmerksamkeitsproblem bei bislang durchgehend guten Schulleistungen
Symptome sind ich-synton und nicht episodisch	Keine Distanzierung von nicht ich-synton erlebten extremen Gefühlszuständen
Antriebsstörung mit impulsiven Durchbrüchen	Antriebsstörung eher dauerhaft, wahnhafte Denkinhalte

ADHS	Angststörung
Unablässige mentale Aktivität ¹	Ängstliche Besorgnis (kann den Anschein von Zwangsgedanken haben [Zwangsstörung - OCD]) ²
Motorische Unruhe ¹	Unruhe, Agitiertheit ^{1,2}
ADHS in der Familienanamnese ²	Familienanamnese mit Angst/Depressionen ²
Vermeidung frustrierender Situationen: Einkaufen, soziale Situationen, Schlange stehen, Reisen	Ängstliche Vermeidung ²
Fühlt sich leicht überfordert ³	Ängstlichkeit ²
Vergesslichkeit ²	Hypervigilanz
Keine somatischen Symptome ¹	Somatische Symptome, Schlafstörungen ¹
Verbesserung durch Stimulanzien ⁴	Verschlechterung durch Stimulanzien ⁴

ADHS	Bipolare Störung
Beginn in früher Kindheit ¹	Beginn im Jugend- oder Erwachsenenalter ¹
,trait-like‘ – ich-synton, durchgehend vorhanden ¹	Episodischer Verlauf, Änderung vom prämorbidem Status ¹
Begeisterungsfähig, jedoch keine Selbstüberschätzung	Selbstüberschätzung ²
Berichte über eingeschränkte Funktionsfähigkeit ¹	Berichtet über hohe Funktionalität ¹
Langfristig niedriges Selbstwertgefühl ²	Depressive Episoden ¹
Besitzt normalerweise Einsichtsvermögen, leidet unter wechselnden Stimmungen	In Episode mangelnde Einsichtsfähigkeit ¹
Schlafstörungen ²	Verringertes Schlafbedürfnis ²
Klagt über Unvermögen sich zu konzentrieren/zu fokussieren ¹	Subjektives Gefühl geschärfter mentaler Fähigkeiten ¹
Rastlosigkeit (Zappeln, Schwierigkeiten still zu sitzen) ¹	Überaktivität, oft verbunden mit unrealistischen Ideen/Plänen ¹

Differentialdiagnostik

ADHS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
Symptome aufgefallen in der Kindheit/im Jugendalter/schon immer vorhanden ¹	Beginn eher in der Adoleszenz
chronisch	chronisch
Situationsübergreifend ¹	Situationsübergreifend ²
Affektlabilität (kann schwerwiegend sein) ⁴	Affektlabilität ³
Impulsivität ³	Impulsivität ³
Wechsel der Zuwendungsfähigkeit in emotionalen Belastungssituationen	Nicht nachvollziehbare Wechsel zwischen Idealisieren und Abwertung
Ausreichende Beziehungs- und Integrationsfähigkeit	Reduzierte Bindungsfähigkeit, manipulative Beziehungsgestaltung
Unfälle ⁴	Wiederholt auftretendes suizidales oder selbstverletzendes Verhalten

1. APA. DSM-IV-TR. APA 2000.

2. Miller et al. J Clin Psychiatr 2008

3. Distel et al. Am J Med Genet 2011

4. Kooji et al. J Att Dis 2012

ADHS und Asperger-Syndrom

ADHS	Asperger-Syndrom
Symptome aufgefallen in der Kindheit/im Jugendalter	Noch früherer Beginn
Regeln sind bekannt, Verstöße eher durch Impulsivität und situationsbedingt vorhanden	Störung der sozialen Interaktion durch fehlendes Verständnis für soziale Regeln
Hyperfokussierung wechselhaft, Interessenverlust	Hyperfokussierung auf spezielle Interessengebiete
Reizüberflutung führt zu Ablenkbarkeit	Reizüberflutung führt zu Rückzug
Konzentrationsstörung	Konzentrationsstörung
Aufmerksamkeitsdefizit situationsübergreifend	Aufmerksamkeitsprobleme häufig in sozial unangenehmen Situationen
Hyperaktivität (Kippen)	Stereotype Bewegungen, Zunahme in sozial unangenehmen Situationen
Haben Probleme Dinge zu Ende zu bringen	Sind zwanghaft bemüht Aktivitäten auszuführen

Organische Erkrankungen:

- Schilddrüsenerkrankungen
- Eisenmangelanämie
- Restless-legs-Syndrom
- Vigilanzstörungen bei Beeinträchtigung der Schlaf-Wach-Regulation
- Posttraumatische, postenzephalitische, entzündliche oder raumfordernde zerebrale Prozesse
- Epileptische Anfälle

Adulte ADHS Patienten haben:

- ein 7fach erhöhtes Risiko für psychiatrische Komorbiditäten
- etwa 63%-90% haben mind. eine weitere psychiatrische Erkrankung
- etwa 30% haben zwei oder mehr psychiatrische Komorbiditäten

Tab. 3 Soziodemographische Angaben der untersuchten Stichprobe

	ADHS (<i>n</i> = 190)		Kein ADHS (<i>n</i> = 84)	
	M	Range	M	Range
Alter (Jahre)	33 (9)	19–62	33 (10)	18–65
Geschlecht (m/w)	110/80	–	58/26	–
Schulbildung (>12/10/<10 Jahre)	105/55/30	–	40/30/14	–

ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, *m* männlich, *M* Mittelwert (Standardabweichung), *n* Stichprobengröße, *w* weiblich

Tab. 4 Komorbiditäten der untersuchten ADHS-Stichprobe und psychische Störungen der Patienten ohne ADHS erhoben mittels SKID-I

	ADHS (<i>n</i> = 190)	Kein ADHS (<i>n</i> = 84)
	(%)	(%)
Affektive Störung	61	54
Neurotische Störung	34	30
Substanzkonsumstörung	34	16
Andere Störungen	12	30
Keine Störung	12	14

Mehrfachdiagnosen möglich. Der Begriff „neurotische Störung“ ist aus der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10) entnommen und beinhaltet die Kategorie F4 der ICD-10. Andere Störungen umfassen die Kategorien F0, F2, F5, F6, F7, F8 der ICD-10

ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, *n* Stichprobengröße, *SKID-I* strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV)

Komorbiditäten bei 88% der ADHS Patienten

- Depressive Störungen bis zu 50%
- Lebenszeitprävalenz von ADHS und bipolarer Störung 9,5%
- Erhöhte Lebenszeitprävalenz von 58% für substanzbezogene Störungen (vor allem Alkohol und Cannabis)
- Komorbidität bei 10-45% mit Angststörungen
- Komorbidität mit Zwangsstörungen bei 3%

- Eine fehlende ADHS-Diagnose in der Kindheit schließt ein adultes ADHS nicht aus
- Die Symptome und vor allem die Funktionseinschränkungen unterscheiden sich im Lebensverlauf
- Bis zu 90% der adulten ADHS-Patienten haben mind. eine weitere psychiatrische Diagnose
- Selbstbeurteilungsskalen in der Routinediagnostik können diagnostisch erste Hinweise liefern

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

