5 Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Während sich im DSM-5 und der ICD-10 die diagnostischen Kriterien der meisten psychischen Störungen weitgehend gleichen, ist dies bei Störungen der Aufmerksamkeit und der Aktivität nicht der Fall: Im DSM-5 wird die Störung als *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)* bezeichnet, während das ICD-10 den Begriff der *Hyperkinetischen Störung* verwendet. Was ist der Unterschied zwischen diesen beiden Störungen? Etwas vereinfacht ausgedrückt, entspricht eine Hyperkinetische Störung einem ausgeprägten ADHS, d. h., ihre Prävalenz ist niedriger und die Erfolgswahrscheinlichkeit einer medikamentösen Therapie höher. Was den „Markennamen“ betrifft, ist zweifellos „ADHS“ die gängigste und geläufigste Bezeichnung. Auch Befürworter der Definition nach ICD-10 ziehen oft den Begriff „ADHS“ der Bezeichnung „Hyperkinetische Störung“ vor. So werden wir es auch in diesem Buch überwiegend halten.

5.1 Epidemiologie

Die Prävalenz liegt bei ca. 2–5% für die ADHS nach DSM-IV-Kriterien und bei 1–3% für die Hyperkinetische Störung nach ICD-10-Kriterien. Es ist davon auszugehen, dass durch die neuen DSM-5-Kriterien die Prävalenz der ADHS steigen wird. Das Verhältnis von Jungen zu Mädchen beträgt etwa 3:1. ADHS ist bei jüngeren Kindern häufiger als bei Jugendlichen. Es gibt einen Zusammenhang zwischen ADHS und verschiedenen Deprivationsindikatoren: So findet sich ADHS häufiger in sozialen Brennpunkten, sehr armen ländlichen Regionen, in Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status und bei Kindern, die in Heimen groß geworden sind.

5.2 Charakteristische Merkmale

5.2.1 Ausgeprägte motorische Unruhe, Unaufmerksamkeit und Impulsivität

Kinder und Jugendliche mit ADHS winden sich auf ihrem Stuhl und sind zappelig, spielen an Gegenständen oder ihrer Kleidung herum. Auch wenn sie sitzenbleiben sollen, stehen sie immer wieder auf und laufen herum. Sie haben Schwierigkeiten, bei einer Sache zu bleiben, wechseln ihre Aktivitäten häufig und sind leicht ablenkbar. Die offensichtlichste Auffälligkeit besteht nicht im Umfang, sondern in der (mangelnden) Kontrolle der Aktivität. Auf dem Schulhof oder Spielplatz sind Kinder mit ADHS nicht notwendigerweise akti-

ver als andere Kinder. Kinder mit ADHS unterscheiden sich von anderen Kindern vor allem durch das Unvermögen, ihren Aktivitätsdrang zu unterdrücken, wenn Stillsitzen gefordert ist, z. B. im Schulunterricht oder beim Essen. Kinder und Jugendliche mit ADHS sind oft auch impulsiv: Sie handeln ohne ausreichend nachzudenken, zeigen unüberlegtes und manchmal gefährliches Verhalten, platzen im Unterricht mit Antworten heraus, unterbrechen andere und warten bei Spielen nicht ab, bis sie an der Reihe sind. Allerdings ist Impulsivität auch ein häufiges Merkmal bei den meisten Störungen des Sozialverhaltens (siehe Abb. 6-1, S. 87). Eine mangelnde Impulskontrolle ist deshalb weniger geeignet als hyperaktives Verhalten und Unaufmerksamkeit, wenn es darum geht, ADHS und Störungen des Sozialverhaltens voneinander zu unterscheiden.

5.2.2 Situationsübergreifendes Auftreten

Für die Diagnose einer ADHS reicht es nicht aus, wenn die entsprechenden Symptome nur in einem Setting auftreten. Das DMS-5 legt fest, dass sich die Symptome in mehreren Settings manifestieren müssen, z. B. zu Hause und in der Schule. Auch die ICD-10 fordert ein „situationsübergreifendes“ Auftreten der Symptome. Jedoch ist zu bedenken, dass die ADHS-Symptome während eines kurzen ambulanten Termins nicht unbedingt sichtbar sein müssen, da z. B. ein Kind durch die unbekannte Situation möglicherweise eingeschüchtert ist oder sich gerne mit interessanten (Test-)Aufgaben beschäftigt, wenn es dabei viel Aufmerksamkeit von Erwachsenen bekommt.

5.2.3 Chronizität und früher Beginn

Sowohl die ICD-10 als auch das DSM-5 fordern für die Diagnose einer ADHS eine Chronizität (mindestens seit 6 Monaten andauernde Symptomatik) und einen Beginn in der Kindheit (ICD-10: bis zum Alter von 7 Jahren, DSM-5: bis zum Alter von 12 Jahren). Obwohl eine ADHS oft schon in der Vorschulzeit beginnt, werden viele betroffene Kinder erst in der Grundschulzeit kinder- und jugendpsychiatrisch vorgestellt. In dieser Zeit fallen die Unaufmerksamkeit des Kindes, seine Lernschwierigkeiten und sein Störverhalten zunehmend unangenehm auf.

5.2.4 Ausschlusskriterien

In der Systematik der ICD-10 haben Autismus-Spektrum-Störungen den Vorrang vor ADHS. Obwohl viele Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen auch eine allgemeine motorische Unruhe und Unaufmerksamkeit zeigen, sollte bei ihnen nach den Kriterien der ICD-10 keine zusätzliche Diagnose eines ADHS gestellt werden. Das DSM-5 hingegen erlaubt eine gleichzeitige Vergabe beider Diagnosen, was auch dem aktuellen Stand der Forschung entspricht. Manch-

mal ist die Regelung der ICD-10 sinnvoll: Ist z. B. ein Junge mit einer Autismus-Spektrum-Störung zuhause und in der Schule extrem unruhig und unaufmerksam, weil er kein Interesse an dem hat, was Eltern oder Lehrer von ihm wollen, so zeigt er aus Sicht von Lehrern und Eltern viele ADHS-Symptome. Wird dann aber im Rahmen einer gründlichen Anamnese deutlich, dass dieser Junge sehr aufmerksam sein kann, wenn er etwa Spielzeug in einer Reihe aufstellt oder Fahrpläne auswendig lernt, sollte er nicht zusätzlich zur Diagnose der Autismus-Spektrum-Störung die Diagnose einer ADHS erhalten.

In anderen Fällen ist diese Ausschlussregelung der ICD-10 hingegen weniger sinnvoll und es ist nicht unwahrscheinlich, dass sie in der nächsten Version der ICD aufgegeben wird. Es gibt Kinder und Jugendliche, die sowohl Symptome einer Autismus-Spektrum-Störung als auch einer ADHS haben (möglicherweise aufgrund der gleichen Gene) und bei denen beide Störungen einer Therapie bedürfen.

Ein weiteres Ausschlusskriterium ist, dass keine ADHS diagnostiziert werden darf, wenn Unruhe und Konzentrationsschwierigkeiten durch eine affektive Störung, eine Angststörung oder eine Schizophrenie bedingt sind.

5.3 Diagnostik

1. Die Aufmerksamkeit wird in erster Linie daran gemessen, wie lange das Kind oder der Jugendliche bei einer Sache bleiben kann (z. B. alleine spielen, lesen, zeichnen, mit einem Freund spielen). Einige Eltern berichten, dass ihre Kinder über eine erstaunlich lange Zeit alleine oder mit anderen Kindern spielen können. Fragt man aber genauer nach, wird deutlich, dass die Kinder nur eine kurze Aufmerksamkeitsspanne haben und häufig von einer Spielaktivität zur anderen wechseln. Da auch viele Kinder und Jugendliche mit ADHS in der Lage sind, längere Zeit am Stück fernzusehen oder am Computer zu spielen, ist eine ausdauernde Beschäftigung mit solchen Tätigkeiten kein gut differenzierendes Kriterium zur Bewertung der Aufmerksamkeitsleistung.
2. Die motorische Aktivität lässt sich anhand folgender Kriterien beurteilen:
 - a) Wie lange schafft es das Kind, bei einer der oben genannten Aufgaben sitzen zu bleiben?
 - b) Wie groß ist der Anteil pro Zeiteinheit, in dem das Kind herumzappelt?
 - c) Wie häufig läuft das Kind bei Familienausflügen oder beim Einkaufen umher (um seinen Bewegungsdrang zu stillen)?
3. Impulsivität kann z. B. mit den folgenden Fragen erfasst werden: Platzt das Kind oft schon mit einer Antwort heraus, bevor es die Frage richtig verstanden hat? Fällt es dem Kind schwer, zu warten, bis es an der Reihe ist? Mischt sich das Kind häufig in Gespräche oder Spiele anderer ein?

5.4 Häufige komorbide Merkmale

1. *Aggressives, oppositionelles oder antisoziales Verhalten* ist oft so ausgeprägt vorhanden, dass die zusätzliche Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens gerechtfertigt ist (siehe Kapitel 6). Kinder- und Jugendpsychiater, die das DSM-5 verwenden, vergeben in diesem Fall neben dem ADHS die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens. Kinder- und Jugendpsychiater, die die ICD-10 verwenden, stellen hier die kombinierte Diagnose einer „Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens“.
2. *Probleme in sozialen Beziehungen*. Kinder und Jugendliche mit ADHS sind gegenüber Erwachsenen oft sozial enthemmt, distanzlos und frech. Häufig werden sie von Altersgenossen abgelehnt, was z. T. an ihrem Störverhalten sowie an der durch ihre Impulsivität bedingten Missachtung von Spielregeln liegt. Kinder und Jugendliche mit ADHS lassen sich leicht zu allem möglichen Unfug verleiten.
3. *Ein IQ unter 100* findet sich bei vielen, aber nicht allen Kindern mit ADHS.
4. *Teilleistungsstörungen* (z. B. Lese-Rechtschreib-Störung), auch unter Berücksichtigung des IQs.
5. *Motorische Ungeschicklichkeit* und neurologische Entwicklungsstörungen (sog. neurologische „soft signs“).
6. Spezifische *Entwicklungsverzögerungen* in der Anamnese (z. B. eine Sprachentwicklungsstörung).
7. *Mangelhafte emotionale Selbstregulation* bei einem Teil der Kinder mit ADHS, mit überschießenden emotionalen Reaktionen in alltäglichen Situationen.

5.5 Differenzialdiagnosen

1. *Normalität*. Manchmal halten Eltern bereits leicht ausgeprägte motorische Unruhe und Unaufmerksamkeit für auffällig, obwohl das Verhalten des Kindes noch vollständig im Bereich des Normalen liegt. Schon einfache Ausgelassenheit kann von Eltern und Lehrern als anstrengend empfunden werden. Ein Kind mit einem solchen Verhalten benötigt jedoch keine Diagnose, sondern Verständnis!
2. *Situationsabhängige Hyperaktivität*. Manche Kinder und Jugendliche sind ausschließlich in einem Setting hyperaktiv oder unaufmerksam, z. B. nur in der Schule, aber nicht zu Hause, und umgekehrt. Nach den derzeitigen Diagnosekriterien kann bei diesen Kindern und Jugendlichen keine ADHS oder Hyperkinetische Störung diagnostiziert werden, da eines der Kriterien ein situationsübergreifendes Auftreten der Symptomatik ist. In einem Teil dieser Fälle kann es sich durchaus um eine situationsübergreifende Symptomatik handeln, die aber aufgrund einer nur milden Ausprägung in dem einen Setting sichtbar und im anderen nicht erkennbar ist. In anderen Fällen ist die