# Persönliche PDF-Datei für Kohns U.

## Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

ADHS - oder doch nicht?



2023 25–29

10.1055/a-1980-6120

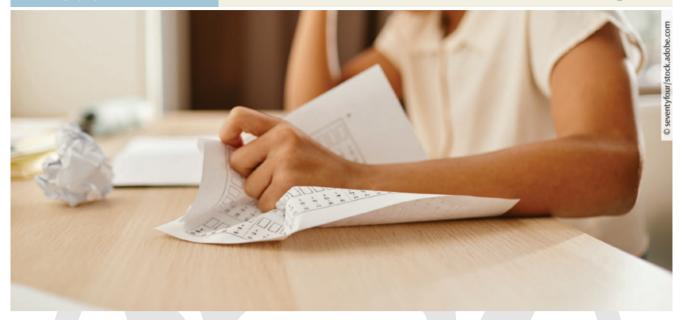
Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattfor-



Die Zeitschrift Kompendium Pädiatrie ist Eigentum von Thieme.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany ISSN 2752-0455





State of the Art

# ADHS - oder doch nicht?

Ulrich Kohns

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin, Psychotherapie, Homöopathie, Essen

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) mit einer weltweiten Prävalenz von etwa 5 % [1] ist eine häufige, in früher Kindheit beginnende, meist über Kindheit und Jugendzeit persistierende Entwicklungsstörung, nicht selten mit Symptomen bis ins Erwachsenenalter. Sie zählt zu den häufigsten Störungen im Kindesund Jugendalter. Dennoch ist die Diagnosestellung oft schwierig, denn Symptome der ADHS können als Komorbiditäten anderer Erkrankungen auftreten, und umgekehrt wird auch die ADHS begleitet von zahlreichen Erkrankungen, die alters- und entwicklungsbedingt sehr unterschiedlich sein können. Es ist unzureichend, die Diagnose allein aufgrund von Fragebögen oder Verhaltensbeobachtungen zu stellen - vielmehr müssen die äußerst komplexen Implikationen, die diese Entwicklungsstörung hat, in Diagnostik und Therapie von Anfang an mitbedacht werden.

Steht die Diagnose ADHS im Raum, so sind meist die Kernsymptome Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit sowie deren Folgen bereits aufgefallen. Altersabhängig und entwicklungsbedingt können Komorbiditäten zusätzlich als Entwicklungsstörungen und/oder psychiatrische Störungen auftreten, z. B. umschriebene Teilleistungsstörungen, Störung en der Affektregulation und Motivation oder oppositionelles Verhalten (>Abb.1).

Mit dem Kleinkind- und Vorschulalter kommen im Verlauf weitere Störungen zur ADHS hinzu. Ca. 75 % der Kinder- und Jugendlichen mit ADHS haben eine und ca. 60 % mehrere komorbide Störungen [2]. Die Häufigkeit der komorbiden Störungen nimmt entwicklungsabhängig bis zum Erwachsenenalter zunächst ab [1].

Im Erwachsenenalter besteht eine Prävalenz für ADHS von ca. 2,5 %; bei 50–80 % der im Kindesalter von ADHS betroffenen Erwachsenen bestehen ADHS-Symptome mit unterschiedlicher Beeinträchtigung, bei einem Drittel besteht noch das Vollbild der ADHS [1]. Deutlich größer ist die Prävalenzrate von 60–85 % [4] für Komorbiditäten im Bild verschiedener, psychiatrischer Störungen im Erwachsenenalter [3].

Merke
ADHS bleibt selten eine alleinige
Störung.

Für die Entstehung der Komorbiditäten bei ADHS werden unterschiedliche, auch einander kombinierende Gründe diskutiert: eine erhöhte, genetische Vulnerabilität für psychische Störungen, eine störungsbedingt dysfunktionale Wahrnehmungsaufnahme und -verarbeitung mit ungünstigen Verhaltensstrategien als Folge, das Fehlen angemessener Resilienz und Ressourcen sowie die jahrelange Fehlanpassung beim Versuch der Bewältigung störungsbedingter Dysfunktionen auf unterschiedlichen Verarbeitungs- und Verhaltensebenen.

# ADHS als Diagnose mit Komorbidität

ADHS ist individuell ein "Risikofaktor" für komorbide Störungen. Schon früh können bei Kindern mit ADHS neben den 3 Kernsymptomen der Erkrankung zusätzliche Störungen der Regulation von Motivation, Affekten und sozialer Interaktion auftreten. Bei Kindern mit anhaltenden Regulations-



▶ **Abb. 1** Häufige komorbide Störungen im Kindes- und Jugendalter.

problemen ist das Risiko, im Schulalter die Diagnose ADHS zu erhalten, mehr als 3-mal so hoch wie bei einer Kontrollgruppe: Etwa ein Drittel von ihnen haben eine ADHS [5]. Entwicklungsbedingt kann es aufgrund der mit dem Kindesalter ansteigenden Forderungen hinsichtlich Leistungen und Verhalten zu assoziierten Störungen (Komorbiditäten) mit unterschiedlichen Prävalenzraten kommen [1].

# Merke Komorbiditäten sind altersbedingt verschieden und unterschiedlich häufig.

Die Hälfte aller psychischen Störungen bei einer ADHS beginnt mit der Pubertät und vor dem 25. Lebensjahr [6]. Die Prävalenzraten komorbider Erkrankungen sind alters- und geschlechtsabhängig 3–6-fach höher als bei gesunden Erwachsenen [3]. Das Mortalitätsrisiko bei Erwachsenen mit ADHS steigt mit der Zahl der Komorbiditäten; sie ist um das 5-Fache gegenüber dem Risiko von Menschen ohne ADHS erhöht [6].

Erwachsene mit ADHS haben ein anderes Spektrum komorbider Störungen als Kinder und Jugendliche. Die Hyperaktivität des Kindesalters geht in eine erhöhte innere Unruhe und Impulsivität über oder wird klinisch weniger bedeutend; die Aufmerksamkeitsstörung bleibt gleich oder

wird nach außen weniger auffällig. Aber die Symptomatik des ADHS-Betroffenen im frühen Erwachsenenalter wird durch das Auftreten verschiedener bisher nicht bekannter Komorbiditäten komplexer und auffälliger:

- somatische Komorbiditäten: Übergewicht, Adipositas, Bluthochdruck, Schlafstörungen, Asthma, seltener auch Diabetes, Restless-legs-Syndrom, Migräne und Epilepsie, vermehrte oder verminderte Reaktion auf Anästhetika, Unsicherheit bezüglich der Wirkung bei Gaben von niederpotenten Neuroleptika und Benzodiazepinen, häufig paradoxe Reaktionen auf Koffein, Nikotin, eventuell auch auf Speed und Kokain
- psychosoziale Komorbiditäten: Delinquenz und Kriminalität, Rauchen, Störungen in Lern- und Handlungsprozessen, Beziehungsstörungen, Paar- und Eheprobleme, in der Folge Trennungen und Scheidungen
- psychische Komorbiditäten: Störungen in Motivation, Emotionsregulation, Impulskontrolle und Selbstachtung, Mangel an Lebensqualität, Risikoerhöhung für Suizidalität und Suizid
- psychiatrische Komorbiditäten:
  - affektive Erkrankungen: Major Depression (13,3%), Dysthymia (25%), kurze depressive Episoden (42,5%), Angststörungen (8,3%)

- Abhängigkeitserkrankungen: alkoholbedingte Störungen (17–45%), drogenbedingte Störungen (9–30%),
- Persönlichkeitsstörungen (PS): antisoziale PS (21%), Borderline-PS (14%), histrionische PS (12%), passiv-aggressive PS (18%)
- seltener: Internet-/Spielsucht,
   Autismus, Tic-Störung, Tourette Syndrom, Schizophrenie

Die Entstehung der Komorbiditäten beruht möglicherweise auf individuellen genetischen, familiären und sozialen Risikofaktoren - auch in Kombination. Es kommt dann zur Fehlanpassung an die ADHS-Symptome und zu ungünstigen Kompensationsmechanismen derselben. Seit früher Kindheit bestehende, unterschiedliche Teilleistungsstörungen wie z.B. Legasthenie, Dyskalkulie oder sensorische und sensomotorische Probleme haben Auswirkungen bis ins Erwachsenenalter. Die gleichzeitig verminderte Fähigkeit der Betroffenen zur affektiven Selbstregulation hat ungünstige Interaktionserfahrungen zur Folge. Die über Jahre als traumatisch erlebten Sozialkontakte begünstigen gleichermaßen die Entwicklung von sozialen, psychologischen und psychiatrischen Störungen.

# ADHS als Komorbidität bei anderen Diagnosen

Die Symptomtrias Hyperaktivität/Impulsivität/Unaufmerksamkeit kommt auch bei anderen somatischen, psychischen und psychiatrischen Störungen vor; deren eigentliche Merkmale werden aber üblicherweise nicht bei ADHS beobachtet. Genetische Syndrome und Intelligenzabweichung haben eine erhöhte Prävalenzrate für ADHS. Bei Vorliegen einer Autismusspektrumsstörung (ASS) hat jeder zweite Betroffene auch zusätzlich ADHSSymptome. Zu den Störungen, bei denen eine ADHS als Komorbidität auftreten kann, gehören [1, 6, 7]

- 12,3 % bei Depression (unipolare Depression 7,6 %, bipolare affektive Störungen 6 %),
- 15,8 % bei Angststörungen,
- 18,6% bei Borderline-Störung,
- 24,4% bei Abhängigkeitsstörungen,
- 38% bei Neurofibromatose Typ 1,
- 40–50% bei ASS,

- 3% bei Trisomie 21,
- 54–60 % beim Fragiles-X-Syndrom sowie
- 62–72 % beim Klinefelter-Syndrom.

Das Risiko für eine zusätzliche ADHS-Symptomatik besteht auch z. B. bei Anpassungsstörung, posttraumatischer Belastungsstörung nach Misshandlungs-, Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrung, Bindungsstörungen und fetaler Alkoholspektrumstörung (FAS) [1, 8].

## Diagnostik der ADHS

"Um eine Diagnose ADHS vergeben zu können, müssen die Symptome von Hyper-

aktivität, Impulsivität und/oder Unaufmerksamkeit die Kriterien von ICD-10 oder DSM-5 erfüllen", so die S3-Leitlinie ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter [1]. Die Kriterien erfassen die aktuelle ADHS-Symptomatik in den letzten 6 Monaten nach Art, Häufigkeit und Intensität besonders in verschiedenen Lebensbereichen und in ihrer situativen Variabilität mit den daraus resultierenden Einschränkungen der Funktionsfähigkeit.

Darüber hinaus müssen die folgenden weiteren Kriterien erfüllt sein:

 Die Störung beginnt vor dem 7. Lebensjahr (DSM-5 vor dem 12. Lebensjahr).

### Die Symptome verursachen deutliches Leiden oder eine Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.

 Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84.-) [nicht im DSM-5], eine manische Episode (F30.-), eine depressive Episode (F32.-) oder eine Angststörung (F41.-).

Die Kriterien zur Diagnosestellung nach der Leitlinie sind ICD-10-Forschungskriterien. Sie erhöhen die Zuverlässigkeit der Diagnose und verringern signifikant die Häufigkeit von falsch positiven Fehldiagnosen. Aufgrund hoher Cut-off-Werte der ICD-10-Forschungskriterien besteht die Gefahr einer falsch negativen Fehldiagnose. Sie nimmt Einfluss auf die Auswahl der Therapie. Wenn diese nur vom Schweregrad nach Cut-off-Werten abhängig gemacht wird, werden möglicherweise persönliche Faktoren (z. B. der Leidensdruck), Umgebungsfaktoren oder Beeinträchtigungen durch koexistierende Störungen (etwa der Mangel an sozialer Teilhabe) bei der Therapieentscheidung nicht ausreichend berücksichtigt. Es gibt keine biopsychosoziale Diagnostik, da keine Biomarker mit ausreichender Sensitivität und Spezifität zur Diagnosestellung existieren.

### FALLBEISPIEL

#### **Unabdingbar: Differenzierte Diagnosestellung**

Antonia, 9-jährig, besucht die 3. Klasse einer Grundschule. Seit etwa einem Jahr fällt ein Leistungsabfall in der Schule auf, sie wirkt unkonzentriert, abgelenkt, oft verträumt. Seit etwa 6 Monaten wirkt sie außerdem ängstlich, sozial zurückgezogen, manchmal traurig, bleibt häufig lieber allein.

#### Anamnese

- Amalia ist immer ein ruhiges und langsames Kind gewesen
- Trennung der Eltern vor ca. 1½ Jahren
- Genogramm Eltern: keine psychischen Störungen
- Mutter auch eher langsam, vorsichtig, ängstlich

#### Befund durch Schulsozialarbeit

- FBB-ADHS Mutter/Lehrer, DCL-ADHS: Schweregrad mittelgradig bzgl.
   Unaufmerksamkeit – SDQ: emotionale Probleme auffällig, Aufmerksamkeit grenzwertig
- V. a. ADHS vorwiegend unaufmerksamer Typ

#### Im Verlauf

 In Bildern ein Geheimnis – darf darüber aber nicht sprechen

- Bericht über heftige, emotionale Überreaktion unter Freundinnen beim gegenseitigen körperlichen Erkunden von Pubertätszeichen
- Bilder Amelias über ihre Gefühle mit Bedrohungscharakter – Stofflöwe und Pfefferspray helfen ihr wegen der Angst
- Tage später Telefonat mit der Mutter ergibt, dass Amelia "ein Geheimnis für sich behalten soll, bei dem sie kein gutes Gefühl im Bauch hat."

#### Explorationsergebnisse

- seit ca. 1 Jahr zunehmender sexueller Missbrauch (hands on) durch im Haus lebenden Bruder der Mutter
- Versuche in den letzten Wochen, sie zu küssen, werden als fürchterlich und eklig empfunden
- Angst davor, mit dem Onkel allein im Haus zu sein
- Amelias Schweigen rührt von einer Geheimnisverpflichtung und Drohungen her

#### Diagnosen

- T74.2 Sexueller Missbrauch
- F43.2 Anpassungsstörung
- z. A. F98.80 Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität

FBB: Fremdbeurteilungsbogen, DCL: Diagnose-Checkliste, SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire, V. a.: Verdacht auf, z. A.: zum Ausschluss.

#### Merke

Die Diagnose ADHS darf nicht allein auf Grundlage von Fragebögen und Verhaltensbeobachtungen gestellt werden.

Die in der Leitlinie gestellten Anforderungen tragen dazu bei, die Frage "ADHS – oder doch nicht?" beantworten zu können. Grundlage der Diagnostik ist die umfassende, strukturierte Exploration. Dazu gehört das Erfassen von

- koexistierenden psychischen Symptomen und Störungen oder körperlichen Erkrankungen,
- aktuellen und früheren Rahmenbedingungen, Ressourcen und Belastungen einschließlich der psychischen und körperlichen Gesundheit der Bezugspersonen,
- einer störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte einschließlich relevanter Vorbehandlungen sowie
- einer Familienanamnese, insbesondere mit Anhaltspunkten auf eine ADHS bei Eltern/Geschwistern.

▶ **Tab. 1** Prävalenzraten von mit ADHS assoziierten Störungen im Kindesalter und danach.

Prävalenz	Diagnosen
Komorbiditäten im Kindesalter	
50%	oppositionelle Störungen des Sozialverhaltens
bis 50%	Ein- sowie Durchschlafprobleme
30-50%	ausgeprägte Störung des Sozialverhaltens (SSV)
bis 30%	Tic-Störungen
25%	Angststörungen
15-20%	depressive Störungen
10-25%	umschriebene Lernstörungen der Sprache und Sensomotorik, Lese-Rechtschreib-Störungen oder isolierte Rechenstörung
spätere Komorbiditäten	
20-25%	Somatisierungsstörungen
17-45%	Alkoholmissbrauch
9-30%	Drogenmissbrauch
15–19%	Nikotinmissbrauch /-abhängigkeit
8%	Autismus-Spektrum-Störung
6%	Epilepsie
< 6%	Allergien und Atopien (Asthma, Neurodermitis, atopische Rhinitis, Urtikaria, Diabetes mellitus, Adipositas)

#### Merke

ADHS ist eine syndromale Diagnose. Es gibt keine spezifischen diagnostischen Tests. Einzelne Testverfahren allein haben keine hinreichende Spezifität.

# Differenzialdiagnostik der ADHS

Da alle komorbiden Störungen neben der ADHS als Differenzialdiagnose infrage kommen, muss die Diagnose ADHS von diesen abgegrenzt werden, auch wenn eine ähnliche bzw. nahezu identische Symptomatik mit der Symptomtrias Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität/Impulsivität besteht.

Eine diagnostizierte ADHS kann selbst Komorbidität einer anderen Störung sein, die nicht übersehen werden darf. Dies kann der Fall sein, wenn z. B. eine depressive Episode durchgängig vor der später diagnostizierten ADHS bestand. Diese Differenzierung ist für die Entscheidung über eine anstehende Therapie notwendig und hilfreich. Bei Komorbiditäten neben einer beeinträchtigenden ADHS kann die Behandlung der ADHS vorrangig sein. Im Therapieverlauf können sich Symptome der Komorbidität verbessern, bedeutungslos werden oder verschwinden.

Tritt aber die ADHS als Komorbidität einer anderen Störung auf, ist abzuwägen, welche Störung vorrangig zu therapieren ist. Dabei ist im Einzelfall nicht auszuschließen, dass im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts die ADHS und die Komorbidität parallel behandelt werden müssen.

#### Merke

Eine leitlinienkonforme, ausführliche Exploration trägt dazu bei, die ADHS von anderen psychischen, psychiatrischen und somatischen Störungen abzugrenzen oder sie als deren Komorbidität zu bedenken.

#### Interessenskonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

#### Korrespondenzadresse



#### Dr. Ulrich Kohns

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin, Psychotherapie, Homöopathie Klarastraße 31 45130 Essen Deutschland dr.kohns@t-online.de

#### Literatur

- [1] Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3-) Leitlinie "Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter". AWMF-Registernummer 028-045, https://www.dgppn.de/\_Resources/ Persistent/6f514fd31d75221054f1d880bda9637728e2b92d/Langfassung %20 ADHS %20Leitlinie\_080618.pdf (letzter Zugriff 24.04.2023)
- [2] Banaschewski T, Becker K, Döpfner M et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder – a current overview. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 149–159. DOI: 10.3238/ arztebl.2017.0149
- [3] Laufkötter R, Langguth B, Johann M et al. ADHS des Erwachsenenalters und Komorbiditäten. psychoneuro 2005; 31: 563–568. DOI: 10.1055/s-2005-923370
- [4] Dirks H, Scherbaum N, Kis B, Mette C. ADHS im Erwachsenenalter und substanzbezogene Störungen – Prävalenz, Diagnostik und integrierte Behandlungskonzepte. Fortschr Neurol Psychiatr 2017; 85: 336–344. DOI: 10.1055/s-0043-100763
- [5] Schmid G, Wolke D. Preschool regulatory problems and attention-deficit/ hyperactivity and cognitive deficits at school age in children born at risk: different phenotypes of dysregulation? Early Hum Dev 2014; 90: 399–405. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2014.05.001
- [6] Schöttle D. ADHS und psychische Komorbiditäten, Vortragsfolien. https:// docplayer.org/214925762-Adhsund-psychische-komorbiditaeten-pd-drmed-d-schoettle.html (letzter Zugriff: 24.04.2023)
- [7] Chen Q, Hartman CA, Haavik J et al. Common psychiatric and metabolic comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a population-based cross-sectional study. PLoS One 2018; 13: e0204516. DOI: 10.1371/journal.pone.0204516
- [8] Hässler F, Thome J. Intelligenzminderung und ADHS. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2012; 40: 83–93. DOI: 10.1024/1422-4917/a000155