

Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung: Störungsbild und Klassifikation

Tobias Banaschewski¹, 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

Definition

Die Begriffe Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), definiert nach dem DSM-5 der American Psychiatric Association [1], und hyperkinetische Störung (HKS), definiert nach der ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation [2], beschreiben ein in der Kindheit beginnendes, zumindest 6 Monate überdauerndes und situationsübergreifend auftretendes psychiatrisches Störungsbild mit einer Kernsymptomatik von Unaufmerksamkeit und/oder motorischer Unruhe und Impulsivität, deren Ausmaß nicht dem Alter und Entwicklungsstand und der Intelligenz des Betroffenen entspricht und zu klinisch bedeutsamen funktionellen Beeinträchtigungen in mehreren Lebensbereichen, z. B. im familiären, schulischen oder beruflichen Alltag, führt.

Die Ausprägungen der Merkmale, die das Störungsbild definieren, sind auch in der Population kontinuierlich und dimensional verteilt. Die klinischen Grenzziehungen zwischen einer normalen Variation dieser Merkmale, einer atypischen Entwicklung und einer klinisch relevanten Störung hängen daher, wie bei anderen psychischen Störungen oder somatischen Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck), wesentlich davon ab, in welchem Ausmaß ihre Ausprägungen zu Entwicklungsrisiken und zu klinisch relevanten psychosozialen Beeinträchtigungen verschiedener Lebensbereiche der Betroffenen führen.

Epidemiologie

Die ADHS ist eine der häufigsten psychiatrischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Die epidemiologische Prävalenz der ADHS bei Kindern im Schulalter liegt bei etwa 3–7 %, die Prävalenz der hyperkinetischen Störung liegt im Bereich von 1–3 %. Noch höher ist die Zahl der Kinder, die eine weniger starke Symptomausprägung haben. Internationale Unterschiede in den administrativen Prävalenzraten, die durch unterschiedliche Zuweisungswege, Gesundheitssysteme und kulturelle Faktoren mit beeinflusst werden, haben zur Kontroverse über die Validität des Störungsbilds beigetragen. Systematische Metaanalysen haben gezeigt, dass die Unterschiede der Prävalenzzahlen epidemiologischer Studien im Wesentlichen auf Unterschiede der angewandten Diagnosekriterien (DSM-IV oder ICD-10), Erhebungsverfahren (klinische Diagnose, Fragebogen, strukturierte Interviews) und der untersuchten Altersgruppe zurückgeführt werden können und die durchschnittliche weltweite Prävalenz der ADHS im Kindes- und Jugendalter bei etwa 5,3 % liegt [3]. Bei Anwendung identischer standardisierter diagnostischer Kriterien gibt es keine Evidenz für einen Anstieg der epidemiologischen Prävalenzrate in den letzten 3 Jahrzehnten [4]. Jungen sind dabei gegenüber Mädchen nach epidemiologischen Stichproben insgesamt zwei- bis viermal häufiger betroffen [3]. Die Knabenwendigkeit

ist in klinischen Stichproben stärker ausgeprägt als in epidemiologischen Studien. Dies ist nicht notwendig nur als Ausdruck von geschlechtsspezifischen Barrieren des Gesundheitssystems zu interpretieren, da Mädchen mit ADHS in Feldstichproben, aber nicht in klinischen Stichproben, eher eine geringer ausgeprägte Kernsymptomatik der ADHS (vor allem geringere Hyperaktivität/Impulsivität) aufweisen [5]. Weitere Studien zeigen außerdem, dass das Risiko auch mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status assoziiert ist [6].

Klinisches Bild

Die Ausprägung der klinischen Symptomatik und der Verlauf der ADHS sind sehr variabel. Einige Betroffene zeigen nur gering ausgeprägte Symptome, andere Patienten sind durch die Symptomatik stark beeinträchtigt. Die Symptomatik einer ADHS wird bei vielen Betroffenen bereits im Kleinkindalter durch ein sehr hohes Aktivitätsniveau sichtbar. Mit dem Eintritt in die Grundschule kommt es bei vielen betroffenen Kindern zu einer erheblichen Zunahme der mit der Symptomatik verbundenen funktionellen Beeinträchtigungen, da die Anforderungen an Ruhe, Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit steigen. Abhängig vom Alter und Entwicklungsstand der Betroffenen finden sich gehäuft konflikthafte Beziehungen mit Eltern, Geschwistern und Gleichaltrigen, schulische Schwierigkeiten und

Selbstwertprobleme, eine erhöhte Unfallneigung und andere funktionelle Beeinträchtigungen. Bei bis zu 80 % der Kinder mit ADHS in klinischen Stichproben bestehen neben den Kernsymptomen weitere assoziierte psychiatrische Störungen, welche die Prognose der ADHS maßgeblich negativ beeinflussen können [7, 8]. Im Jugendalter vermindert sich in vielen Fällen die motorische Unruhe, während Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörungen und damit meist auch Beeinträchtigungen im schulischen Bereich sich oft fortsetzen [9]. Mitunter treten koexistierende Störungen und Probleme in den Vordergrund des Gesamtbildes. Bei Betroffenen mit günstigem Verlauf sind dagegen oft keine Unterschiede mehr zu Gleichaltrigen festzustellen. Die Symptomatik kann bei einem Teil der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter hinein fortbestehen (siehe auch Beitrag von Prof. Retz in der nächsten Kipra-Ausgabe), bei anderen vermindern sich die Probleme in der Spätadoleszenz und mit Eintritt in das Erwachsenenalter weiter. Verlaufsuntersuchungen an klinischen Stichproben zeigen, dass bei 40 – 80 % der Kinder mit der Diagnose ADHS die Störung bis ins junge Erwachsenenalter fortbesteht. Die Remissionsrate hängt wesentlich davon ab, welche Kriterien zur Definition von Persistenz zugrunde gelegt werden [9]. Die prognostischen Prädiktoren für eine Persistenz der Symptomatik ins Erwachsenenalter sind bislang wenig valide. Einige Studien legen nahe, dass eine Persistenz mit einer positiven Familienanamnese für ADHS, mit ungünstigen psychosozialen Bedingungen, einer stärker ausgeprägten Kernsymptomatik und dem Ausmaß assoziierter psychischer Störungen (u. a. depressive Episoden, Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens) beim Betroffenen und den Angehörigen [10] zusammenhängt.

Diagnostische Klassifikation – ADHS vs. HKS

Nach den beiden internationalen gebräuchlichen Klassifikationssystemen, ICD-10 und DSM 5 werden weitgehend übereinstimmende Operationalisierungen der einzelnen Symptombereiche Unauf-

Tab. 1: Assoziierte Störungen und Probleme bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS
Oppositionelle Verhaltensstörungen und Störungen des Sozialverhaltens
Angststörungen und depressive Störungen
Störungen der motorischen Koordinationsfähigkeit
Sprachstörungen
Lese-/Rechtschreibstörungen und Rechenstörungen
Tic-Störungen
Probleme der Selbstorganisation und Selbstkontrolle

merksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität anhand der gleichen 18 Symptome vorgenommen. Allerdings unterscheidet sich DSM 5, wie bereits DSM-IV, von der ICD-10 in der Definition der Diagnose auf der Basis dieser Kernsymptome und hinsichtlich der zusätzlichen Kriterien. ICD-10 fordert für die Diagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) das Vorliegen von Unaufmerksamkeit (mindestens 6 von 9 Symptomen), Hyperaktivität (mindestens 3 von 5 Symptomen) und Impulsivität (mindestens 1 von 4 Symptomen). Sind zusätzlich Kriterien für die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens (d. h. aggressives oder dissoziales Verhalten) erfüllt, wird die Diagnose einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1) gestellt.

DSM-5 unterscheidet dagegen 3 verschiedene Erscheinungsformen der ADHS: die kombinierte Präsentationsform, bei der sowohl Symptome von Unaufmerksamkeit (mindestens 6 von 9 Symptomen; ab dem Alter von 17 Jahren mindestens 5 Symptome) als auch von Impulsivität/Hyperaktivität (mindestens 6 von 9 Symptomen; ab dem Alter von 17 Jahren mindestens 5 Symptome) vorliegen müssen; die vorwiegend unaufmerksame Erscheinungsform, bei der hinreichende Symptome von Unaufmerksamkeit vorliegen müssen, aber die Kriterien für Impulsivität/Hyperaktivität nicht voll erfüllt sind,

und die vorwiegend hyperaktiv-impulsive Erscheinungsform, bei der hinreichende Symptome von Impulsivität / Hyperaktivität vorliegen müssen, aber die Kriterien für Unaufmerksamkeit nicht voll erfüllt sind.

ICD-10 fordert einen Beginn der Störung vor dem 7. Lebensjahr, DSM-5 verlangt, dass einige Symptome der Hyperaktivität, Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, bereits vor dem 13. Lebensjahr aufgetreten sind. Während das Vorliegen einer affektiven Störung, einer Angststörung oder einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung nach ICD-10 als Ausschlusskriterien für die Diagnose HKS gelten, erlaubt DSM 5 die Diagnosestellung ADHS, wenn die ADHS-Symptomatik nicht besser durch diese komorbiden Störungen erklärbar ist.

Die unterschiedlichen Kriterien führen dazu, dass HKS nach ICD-10 enger definiert ist als ADHS nach DSM-5 und die Diagnose HKS eine Teilgruppe der Patienten mit ADHS definiert, die besonders stark betroffen sind [11, 12]. Obwohl beide

Tab. 2: Die Modifikationen der Definition nach DSM-5 betreffen folgende Kriterien:
Den Symptomen werden Beispiele hinzugefügt, die vor allem illustrieren, wie sich die Symptomatik im späten Jugend- und Erwachsenenalter darstellt.
Die Zahl der notwendigen Symptome für Jugendliche ab dem Alter von 17 Jahren und für Erwachsene wird für beide Symptombereiche von 6 auf 5 Symptome herabgesetzt.
Das Alterskriterium für den Beginn der Symptomatik wird auf 12 Jahre heraufgesetzt.
Das Vorliegen einer Autismus-spektrumstörung als Ausschlusskriterium entfällt.
Es wird stärker betont, dass mehrere Symptome in verschiedenen Lebensbereichen auftreten und mehrere Beurteiler einbezogen werden sollten.
Der Begriff der Subtypen (überwiegend unaufmerksamer, überwiegend hyperaktiv-impulsiver und kombinierter Subtyp) wird durch den Begriff der Erscheinungsformen ersetzt.

Klassifikationssysteme voraussetzen, dass die Kernsymptome in verschiedenen Lebensbereichen auftreten, können die Auffälligkeiten beim einzelnen Patienten in den verschiedenen Bereichen sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Typischerweise treten die Symptome stärker in solchen Situationen auf, in denen von den Kindern oder Jugendlichen eine längere Aufmerksamkeitsspanne erwartet wird. Die Symptomatik kann in sehr geringem Maße oder gar nicht auftreten, wenn sich das Kind oder der Jugendliche in einer neuen Situation befindet, sich sehr interessanten Tätigkeiten widmet, nur mit einzelnen Bezugspersonen interagiert, unter engmaschiger externer Verhaltenskontrolle steht oder häufige zeitnahe Belohnung erhält. Das Fehlen von Symptomen in der Untersuchungssituation ist daher auch kein eindeutiger Hinweis darauf, dass die Störung nicht vorliegt.

Was ist neu im DSM 5?

Mit der Einführung von DSM-5 ersetzt der Begriff der Erscheinungsform das Konzept der Subtypen (überwiegend unaufmerksam, überwiegend hyperaktiv-impulsiver und kombinierter Subtyp), das im DSM-IV verwandt wurde, da verschiedene Studien zeigten, dass die Subtypen im Verlauf nicht valide abgrenzbare Entitäten darstellen [13]. Außerdem wurde die diagnostische Schwelle für Jugendliche und für Erwachsene ab dem Alter von 17 Jahren abgesenkt, sodass für die Diagnose 5 und nicht mehr 6 von 9 Symptome vorhanden sein müssen, da bei einem Schwellenwert von 6 Symptomen pro Dimension nur etwa die Hälfte der Erwachsenen identifiziert werden, die bezüglich der Ausprägung der Symptomatik mehr als 1,5 Standardabweichungen über alters- und geschlechtsadaptierten Populationsnormen liegen und klinisch ähnliche funktionelle Beeinträchtigungen aufweisen wie jüngere Jugend-

liche und Kinder, bei denen 6 Symptome erfüllt sind [14].

Ebenso wurde jetzt das Alterskriterium modifiziert, sodass die Symptomatik nun vor dem Alter von 12 Jahren und nicht, wie nach DSM-IV, vor dem Alter von 7 Jahren aufgetreten sein muss, da verschiedene Studien konsistent zeigten, 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 [15]. Nach DSM-5 besteht nun auch die Möglichkeit, eine ADHS zusammen mit Autismus-spektrumstörungen zu diagnostizieren. Im DSM 5 wird nun stärker betont, dass

Wesentliches für die Praxis ...

Die Ausprägungen der ADHS-Merkmale sind in der Population kontinuierlich und dimensional verteilt.

Das Vorliegen einer klinisch bedeutsamen funktionellen Beeinträchtigung ist ein wesentliches diagnostisches Kriterium.

Die Anamnese soll aufgrund der Einschätzung mehrerer Beurteiler aus verschiedenen Lebensbereichen erhoben werden.

Mit DSM-5 wird das Alterskriterium modifiziert (Beginn der Symptomatik vor dem 13. Lebensjahr), der Schwellenwert der Zahl notwendiger Symptome für Jugendliche ab dem 17. Lebensjahr und Erwachsene abgesenkt, und die Autismspektrumstörung als Ausschlusskriterium gestrichen.

die Symptomatik situationsabhängig variieren kann und sich die Symptome im Entwicklungsverlauf ändern können. Ebenso betont DSM 5 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, da empirische Untersuchungen zeigten, dass die Diagnosestellung aufgrund der Informationen nur eines Beurteilers oft wenig valide ist [16]. 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.

Literatur

1. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DM 5). American Psychiatric Association, Washington DC
2. World Health Organization (1992) International Classification of Diseases (ICD-10) 10th Edition. Geneva
3. Polanczyk GV, Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA (2007) The worldwide prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-regression analyses. *Am J Psychiatry* 164: 942–8
4. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA (2014) ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol*; doi:10.1093/ije/dyt261
5. Rucklidge JJ (2008) Gender differences in ADHD: implications for psychosocial treatments. *Expert Rev Neurother* 8: 643–55
6. Larsson H, Sariaslan A, Långström N, D’Onofrio B, Lichtenstein P (2013). Family income in early childhood and subsequent attention deficit/hyperactivity disorder: a quasi-experimental study. *J Child Psychol Psychiatry*; doi: 10.1111/jcpp.12140
7. Biederman J, Faraone SV (2005) Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 366: 237–48
8. Yoshimasu K, Barbaresi WJ, Colligan RC, Voigt RG, Killian JM et al. (2012) Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: a population-based birth cohort study. *J Child Psychol Psychiatry* 53: 1036–43
9. Faraone SV, Biederman J, Mick E (2006) The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 36: 159–65
10. Lara C, Fayyad J, de Graaf R, Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S et al. (2009) Childhood predictors of adult attention-

deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biol Psychiatry* 65: 46–54

11. Schachar R, Chen S, Crosbie J, Goos L, Ickowicz A, Charach A (2007) Comparison of the predictive validity of hyperkinetic disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 16: 90–100
12. Taylor E, Döpfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T et al. (2004) European clinical guidelines for hyperkinetic disorder - first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 13 suppl 1: 17–30
13. Banaschewski T, Döpfner (2014) DSM-5 – Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 42 (4): 271–277
14. Murphy K, Barkley RA (1996) Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive psychiatry* 37 (6): 393–401
15. Kieling C, Kieling RR, Rohde LA, Frick PJ, Moffitt T et al. (2010) The age at onset of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatr* 167 (1): 14–16
16. Valo S, Tannock R (2010) Diagnostic instability of DSM-IV ADHD subtypes: effects of informant source, instrumentation, and methods for combining symptom reports. *J Clin Child Adolesc Psychol* 39 (6): 749–760

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski
 Postbox: 12 21 20
 68072 Mannheim
 Tel.: 06 21/17 03 45 02
 Fax: 06 21/17 03 45 05
 E-Mail: tobias.banaschewski@zi-mannheim.de

