

Hyperkinetische Störungen (F 90.0)

1. Definition

- Hyperkinetische Störungen (ADHS, Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung) sind durch ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität gekennzeichnet, das in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß situationsübergreifend auftritt. Die Störung beginnt vor dem Alter von 6 Jahren und sollte in mindestens zwei Lebensbereichen/Situationen (z.B. in der Schule, in der Familie, in der Untersuchungssituation) konstant auftreten.

ADHS, Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung

ADS, Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom

Problem: häufig keine klare begriffliche Trennung

2. Leitsymptome

Leitsymptome sind:

a) Unaufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung),

- Aufgaben werden vorzeitig abgebrochen und Tätigkeiten nicht beendet
- Vor allem bei Beschäftigungen, die geistige Anstrengung erfordern
- Vor allem bei fremdbestimmten Tätigkeiten, seltener bei selbst gewählten Beschäftigungen
- Häufiges Wechseln von einer Aktivität zur anderen
- Verlust des Interesses an einer Aufgabe, weil sie zu einer anderen hin abgelenkt werden
- Flüchtigkeitsfehler, unordentliche, nachlässige Arbeit

b) Hyperaktivität und

- Desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende motorische Aktivität
- Exzessive Ruhelosigkeit
- Vor allem in Situationen, die relative Ruhe verlangen
- Durch die soziale Umgebung (z.B. Aufforderungen) nicht durchgreifend beeinflussbar
- Vor allem in strukturierten und organisierten Situationen, die ein hohes Maß an eigener Verhaltenskontrolle erfordern

c) Impulsivität

- Ungeduld, Schwierigkeit, abzuwarten und Bedürfnisse aufzuschieben
- Plötzliches Handeln ohne zu überlegen
- Herausplatzen mit der Antwort, bevor die Frage vollständig gestellt ist
- Unterbrechen und Stören von anderen, so dass Probleme im schulischen und sozialen Bereich entstehen
- Impulsivität kann zu Unfällen und potentiell gefährlichen Aktivitäten führen, ohne dass mögliche Konsequenzen bedacht werden

3. Untergruppen

Unterscheidung nach DSM-IV:

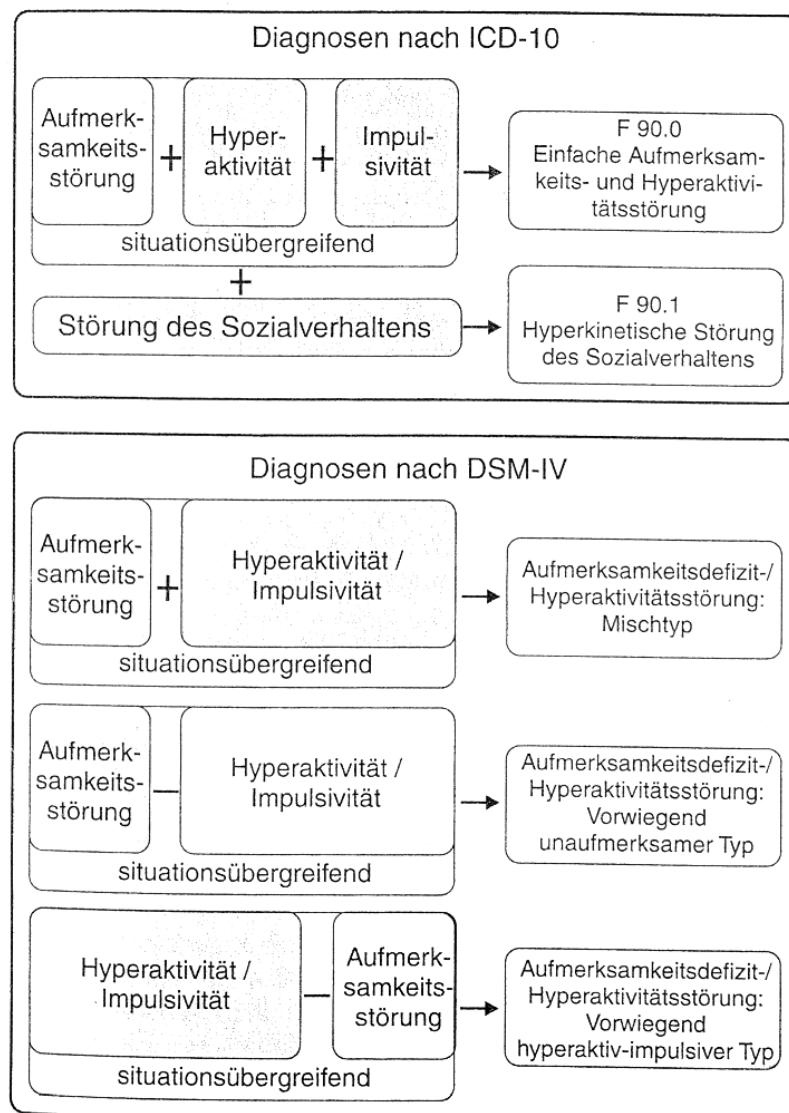
- Vorherrschend unaufmerksamer Subtypus
- Vorherrschend hyperaktiv-impulsiver Subtypus
- Gemischter Subtypus.

Bei Jugendlichen und Erwachsenen, die nicht mehr alle notwendigen Symptome zeigen, kann die Diagnose nach DSM-IV durch den Zusatz „in partieller Remission“ spezifiziert werden.

Unterscheidung nach ICD-10:

- Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)
- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1), bei der sowohl die Kriterien für eine hyperkinetische Störung als auch für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind.
Diese Kombinationsdiagnose wird durch die Häufigkeit begründet, mit der beide Störungen gemeinsam auftreten, und mit der im Vergleich zur einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung vermutlich ungünstigeren Prognose.

Ausschlusskriterien sind bei beiden Klassifikationssystemen die Diagnosen einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung.



Diagnose-Checkliste für Hyperkinetische Störungen mit Entscheidungsbaum für DSM-IV Diagnosen

Symptomkriterien nach ICD-10 und DSM-IV ([] = nur ICD-10; { } = nur DSM-IV		Urteil		Diagnose nach DSM-IV (mit F-Nummer)	
<input type="checkbox"/> Dauer der Symptomatik: mindestens 6 Monate		ICD-10 nicht ausgew. Kriterium erfüllt	DSM-IV nicht ausgew. Kriterium erfüllt		
A. Aufmerksamkeitsstörung					
1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten	0 1 2 3	Anzahl erfüllter Kriterien (Ausprägung 2 oder 3)	Anzahl erfüllter Kriterien (Ausprägung 2 oder 3)	alle Zusatzkriterien erfüllt: <input type="checkbox"/> 0 einige Symptome vor dem Alter von 7 Jahren <input type="checkbox"/> 0 Symptomausprägung in mehr als einer Situation (Familie, Schule) <input type="checkbox"/> 0 Symptome verursachen Beeinträchtigung der sozialen / schulischen / beruflichen Funktionsfähigkeit	
2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten	0 1 2 3				
3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen	0 1 2 3				
4. Führt häufig Aufträge anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder Verständnisschwierigkeiten)	0 1 2 3				
5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren	0 1 2 3				
6. Vermeidet häufig oder hat eine Abneigung gegen oder beschneigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die längerandauernde geistige Anstrengung erfordern (z.B. im Unterricht, Hausaufgaben)	0 1 2 3				
7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug)	0 1 2 3				
8. Läßt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken	0 1 2 3				
9. Ist bei Alltagsaktivitäten häufig vergeblich	0 1 2 3				
Kennwert Aufmerksamkeitsstörungen (Summe der Beurteilungen/9):				<input type="checkbox"/> F90.0 AD-/HS, Mischtyp <input type="checkbox"/> F98.8 AD-/HS, vorherrschend unaufmerksamer Typ <input type="checkbox"/> F90.0 AD-/HS, vorherrschend hyperaktiv-impulsiver Typ <input type="checkbox"/> F90.9 Nicht näher bezeichnete AD-/HS	
B. Überaktivität					
1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum	0 1 2 3	Anzahl erfüllter Kriterien (Ausprägung 2 oder 3)	Anzahl erfüllter Kriterien (Ausprägung 2 oder 3)	keine Ausschlusskriterien erfüllt: <input type="checkbox"/> 0 keine tiefgreifende Entwicklungsstörung <input type="checkbox"/> 0 keine Schizophrenie / andere Psychotische Störung <input type="checkbox"/> 0 Symptome werden nicht durch eine andere psychische Störung besser beschrieben (z.B. Affektive Störung, Dissoziative Störung, Persönlichkeitsstörung)	
2. Steht (oft) im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird	0 1 2 3				
3. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist. (Bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)	0 1 2 3				
4. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen	0 1 2 3				
5. (Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist) (Ist häufig "auf Achse" oder handelt oftmals, als wäre er/sie "getrieben")	0 1 2 3				
Kennwert Überaktivität (Summe der Beurteilungen/5):				<input type="checkbox"/> F90.0 AD-/HS, vorherrschend hyperaktiv-impulsiver Typ <input type="checkbox"/> F90.9 Nicht näher bezeichnete AD-/HS	
C. Impulsivität					
1. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist	0 1 2 3	Anzahl erfüllter Kriterien (Ausprägung 2 oder 3)	Anzahl erfüllter Kriterien (Ausprägung 2 oder 3)	<input type="checkbox"/> F90.9 Nicht näher bezeichnete AD-/HS	
2. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist (bei Spielen oder in Gruppensituationen)	0 1 2 3				
3. Unterbricht oder stört andere häufig (z.B. platzt in die Unterhaltung oder Spiele anderer hinein)	0 1 2 3				
4. Redet häufig übermäßig viel (ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren) (Im DSM IV unter Überaktivität)	0 1 2 3				
Kennwert Impulsivität (Summe der Beurteilungen/4):					

+ = trifft zu, ? = trifft fraglich zu, - = trifft nicht zu

4. Prävalenz

- Aufgrund der unterschiedlich verwendeten Diagnosekriterien weisen Angaben zur Häufigkeit von hyperkinetischen Störungen ein weites Spektrum auf.
- Prävalenzraten, die auf dem DSM-IV beruhen sind aufgrund der niedrigeren Kriterien deutlich höher, als nach ICD-10.
- In den USA wird in Abhängigkeit von Diagnosekriterien, Alter und Erhebungsmethode die Diagnose nach DSM bei Jungen zwischen 7-17 % und für Mädchen zwischen 3,3-6 % gestellt.
- Da nur in sehr wenigen Studien Angaben von Eltern und Lehrern über die hyperkinetischen Auffälligkeiten kombiniert werden, gelten die Prävalenzraten nicht für situationsübergreifende hyperkinetische Störungen.
→ situationsübergreifende hyperkinetische Störungen werden nach DSM-IV auf 3-5% geschätzt
- Jungen sind gegenüber Mädchen zwei- bis dreimal häufiger betroffen.

5. Verlauf

- Information über die Entwicklungsgeschichte werden vornehmlich durch Exploration der Eltern eingeholt.

Säuglings- und Kleinkindalter:

- Sehr hohes Aktivitätsniveau
- Ungünstige Temperamentsmerkmale und überwiegend negativ kontrollierende Interaktion der Bezugsperson mit dem Kind
- Entwicklungsverzögerungen

Kindergarten- und Vorschulalter:

- Extreme motorische Unruhe
- Geringe Spielintensität und –ausdauer
- Oppositionelle Verhalten
- Entwicklungsdefizite
- Stabilität zwischen 4. und 7. Lebensjahr: etwa 50%
- Risikofaktoren für chronischen Verlauf:
 - Stark ausgeprägte Symptomatik
 - Zusätzlich oppositionelle Verhaltensstörung
 - Negativ-kontrollierende Erziehung

Grundschulalter

- Schuleintritt
- Unruhe und Ablenkbarkeit im Unterricht
- Lernschwächen und Teilleistungsschwächen
- Klassenwiederholungen und Umschulungen
- Oppositionell-aggressives Verhalten (bei mindestens 30-50%)
- Ablehnung durch Gleichaltrige
- Leistungsunsicherheit und Selbstwertprobleme
- Stabilität zwischen 7. und 10. Lebensjahr; mindestens 60-70%

Jugendalter

- Verminderung der motorischen Unruhe
- Aufmerksamkeitsstörungen persistieren
- Aggressiv-dissoziales Verhalten (etwa 40%)
- Alkohol- und Drogenmissbrauch
- Emotionale Auffälligkeiten
- Geringeres Bildungsniveau
- Stabilität zwischen Kindes- und Jugendalter: 30-70%

Erwachsenenalter:

- Dissoziales Verhalten/Delinquenz (20-45%)
- Antisoziale Persönlichkeitsstörung (ca. 25%)
- Geringerer Beschäftigungsstatus

Der Verlauf ist individuell höchst unterschiedlich und zeigt, dass sich ADHS nicht auswächst.

6. Übersicht über die diagnostischen Leitlinien

L1: Exploration der Eltern und der Erzieher/Lehrer

Sektion 1: Aktuelle hyperkinetische Symptomatik des Kindes/Jugendlichen

- Auftreten der Leitsymptome Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung (Diagnose-Checklisten)
- Häufigkeit, Intensität und situative Variabilität der Symptomatik
- Grad der Beeinträchtigung und Belastung des Patienten und seines Umfeldes

Sektion 2: Spezifische psychische Komorbidität und differentialdiagnostische Abklärung

vor allem:

- Störung des Sozialverhaltens,
- Entwicklungsstörungen, schulische Leistungsdefizite und Teilleistungsschwächen
- Tiefgreifende Entwicklungsstörung
- Tic-Störungen
- Depressive Symptomatik und vieles mehr

Sektion 3: Relative Stärken und Interessen des Kindes/Jugendlichen

- Freizeitaktivitäten, sportliche Interessen, Fähigkeiten
- Humor, Charme, Begeisterungsfähigkeit

Sektion 4: Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte des Kindes/Jugendlichen insbesondere hinsichtlich

- Schwangerschafts-/Geburtenkomplikation
- Ungünstiger Temperamentsmerkmale im Säuglingsalter
- Beginn der Leitsymptome der hyperkinetischen Störung
- Verlauf der Symptomatik

Sektion 5: Spezifische medizinische Anamnese

insbesondere hinsichtlich

- Organischer Primärdiagnose, welche die hyperkinetische Symptomatik verursachen kann, z. B. Epilepsie, Schädel-Hirn-Trauma etc.
- Medikamenten

Sektion 6: Spezifische Familienanamnese

insbesondere hinsichtlich

- Psychischer Störung bei Familienmitgliedern
- Entwicklungs- oder Lernstörungen bei Familienmitgliedern
- Organisationsgrad der Familie und besondere Ressourcen
- Vernachlässigung oder Misshandlungen
- Qualität der Eltern-Kind-Beziehung

Sektion 7: Bedingungen im Kindergarten/ in der Schule und in der
Gleichaltrigengruppe

insbesondere hinsichtlich

- Integration des Kindes in Gruppen
- Belastender Bedingungen im Kindergarten/Schule (z.B. Gruppen-/
Klassengröße)
- Erzieher-/Lehrer-Kind-Beziehung und Erzieher-/Lehrer-Eltern-Beziehung

Sektion 8: Therapie

- Bewältigungsversuche in der Familie, im Kindergarten/ in der Schule
und ihre Ergebnisse
- Vorbehandlung
- Störungskonzepte der Eltern, Erzieher/Lehrer und des Kindes/
Jugendlichen
- Therapieerwartungen
- Therapiemotivation
- Behandlungsziele

**L2: Exploration, Verhaltensbeobachtung und psychopathologische
Beurteilung des Kindes/Jugendlichen**

- Beziehungsaufbau und Hinführung zur Exploration der Verhaltensprobleme
als zentrale Aspekte zu Beginn der Exploration
- Die einzelnen Sektionen aus Leitlinie 1 werden nun Perspektive des
Kindes/Jugendlichen durchgeführt.

**L3: Standardisierte Fragebögen für Eltern für das Kind/den Jugendlichen
und für Erzieher/Lehrer**

- Standardisierte Fragebögen für Eltern, Kinder/Jugendliche und Erzieher zur
Erfassung der hyperkinetischen Symptomatik und komorbider Symptome
und Probleme sind nützlich
- Bei der Erfassung hyperkinetischer Symptome sind Eltern- und Erzieher-
/Lehrerfragebögen im allgemeinen valider als Selbstbeurteilungsverfahren
- Bei der Erfassung komorbider emotionaler Störungen können
Selbstbeurteilungsverfahren sensitiver sein.

(Übersicht von Fragebögen unter Testverfahren)

L4: Testpsychologische Untersuchung

- Es wird eine Intelligenzdiagnostik bei allen Schulkindern empfohlen
- Bei Schulkindern ist immer dann eine ausführlich testpsychologische Untersuchung der Intelligenz und von schulischen Teilleistungen notwendig, wenn Hinweise auf Leistungsprobleme (Noten, Klassenwiederholung) oder auf schulische Unterforderung vorliegen
- Bei Vorschulkindern wird eine ausführliche Entwicklungsdiagnostik wegen der hohen Komorbiditätsraten von Entwicklungsstörungen und wegen der meist fehlenden zuverlässigen Angaben zum Entwicklungsstand grundsätzlich empfohlen.

L5: Körperliche Untersuchung

- Orientierende internistische und neurologische Untersuchung sollte durchgeführt werden
- Kontakt und Kooperation mit dem Hausarzt
- Weitergehende medizinische Untersuchungen, falls indiziert
- Bei medikamentöser Therapie sind weitere spezifische Untersuchungen nötig

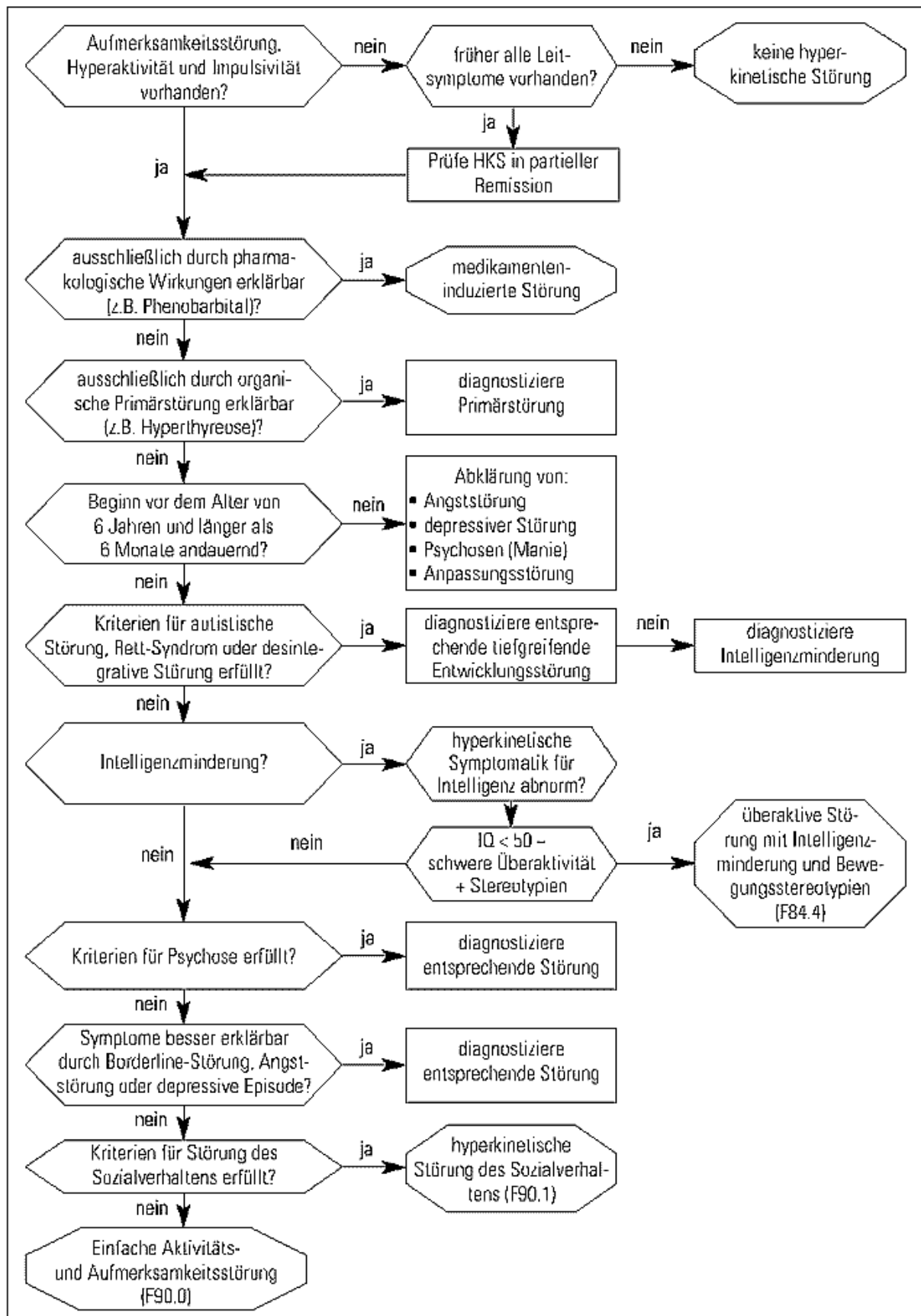
L6: Verlaufskontrolle

Überprüfung des Verlaufs hinsichtlich

- Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und Hyperaktivität
- Anderer Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Entwicklung
- Leistungen in der Schule/Entwicklungsstand (Verminderung von Defiziten)
- Beziehungen zu Gleichaltrigen und Freizeitaktivitäten
- Familiäre Interaktionen und familiäre Beziehungen

Bei medikamentöser Therapie sind weitere spezifische Verlaufskontrollen vonnöten.

Übersicht die Vorgehensweise bei der Diagnostik hyperkinetischer Störungen



7. Testverfahren

- Es gibt nicht das Testverfahren für hyperkinetische Störungen
- **DISYPS-KJ** (Diagnostik System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV) von Döpfner und Lehmkuhl 1997
 - DISYPS-KJ besteht aus Diagnose-Checklisten, die vom Untersucher aufgrund von Explorationen oder Verhaltensbeobachtungen ausgefüllt werden, sowie Fremd- und Selbstbeurteilungsbögen (nicht alle Störungen), die von Eltern, Lehrern, Erziehern bzw. dem Betroffenen selbst beantwortet werden.
 - Insgesamt liegen Erhebungsinstrumente für sieben Störungsbereiche vor:
 - a) Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
 - b) Hyperkinetische Störungen
 - c) Störungen des Sozialverhaltens
 - d) Angststörungen
 - e) Depressive Störungen
 - f) Tic-Störungen und
 - g) Störungen sozialer Funktionen.
 - Das DISYPS-KJ wurde auf der Grundlage des ICD-10 und dem davon abgeleiteten Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters sowie dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV).
 - Psychometrische Gütekriterien und Normwerte fehlen derzeit
 - Mit den einzelnen Erhebungsinstrumenten kann sowohl eine kategoriale als auch dimensionale Auswertung erfolgen:
 Die **kategoriale Auswertung** der Diagnose-Checklisten erfolgt mit Hilfe von Entscheidungsbäumen (je nach ICD-10 und DSM-IV), die den Listen der Symptomkriterien angefügt sind.
 Zunächst wird geprüft, ob die entsprechende Mindestanzahl an Symptomkriterien erfüllt ist. Neben den Symptomkriterien für die Hauptdiagnosen enthalten die Diagnose-Checklisten Tabellen mit den Diagnosekriterien für weitere verwandte Diagnosen. Bei einigen Checklisten sind außerdem Übersichtstabellen mit Differentialdiagnosen oder mit häufigen komorbiden Störungen und Symptomen aufgeführt.

 Die **dimensionale Auswertung** erfolgt, indem sowohl für die Diagnose-Checklisten als auch für die Beurteilungsbögen pro Symptombereich und für die Gesamtskala die Itemantworten summiert und durch die Anzahl der Items dividiert werden.
 Für jeden Störungsbereich können somit Kennwerte für die Ausprägung einzelner Symptomgruppen sowie ein Kennwert für die Gesamtskala errechnet werden.

Übersicht über Fragebogenverfahren zur Basisdiagnostik psychischer Störungen und zur spezifischen Diagnostik hyperkinetischer Störungen:

Elternurteil	Erzieher-/Lehrerurteil	Selbsturteil (ab 10-11 Jahre)
1. Basisdiagnostik		
VBV-EL (3-6 J.) Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder- Elternfragebogen	VBV-ER (3-6 J.) Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder- Erzieherfragebogen	
CBCL 2-3 (2-3 J.) Elternfragebogen über das Verhalten von Kleinkindern	TRF (6-18 J.) Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen	YSR Fragebogen für Jugendliche
CBCL 4-18 (4-18 J.) Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen		
2. Störungsspezifische Diagnostik		
FBB-HKS (DYSIPS-KJ) Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen	FBB-HKS (DYSIPS-KJ) Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen	SBB-HKS (DYSIPS-KJ) Selbstbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen
HSQ-D Elternfragebogen über Problemsituation in der Familie		
HPC-D Checkliste für Eltern über Verhaltensprobleme bei den Hausaufgaben		