



Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

4. Potsdamer

ADHS Expertenwerkstatt

5.- 6. November 2010



PD Dr. med. Andrea G. Ludolph
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

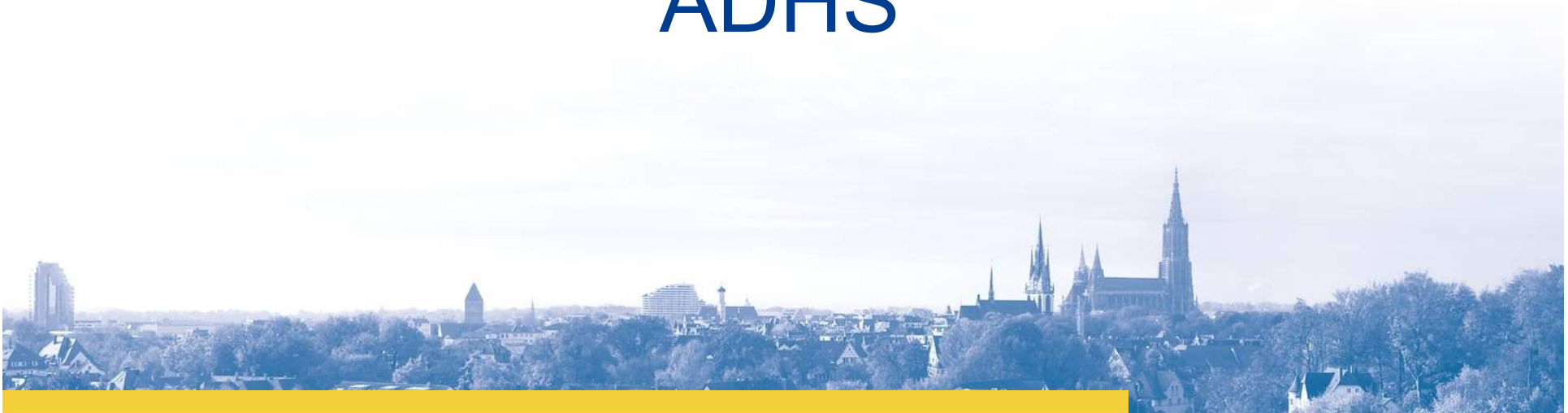




Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

Neuropsychiatrische Differentialdiagnosen der ADHS





Offenlegung möglicher Interessenskonflikte

Forschungsunterstützung von Novartis, Medice,
Tourette Gesellschaft Deutschland und Universität Ulm

Vortragshonoraria von Janssen Cilag und Medice

Reiseunterstützung von DFG, NIMH, DAAD und American Society of
Clinical Psychopharmacology

Veranstaltungsunterstützung von Medice, Novartis, Janssen-Cilag
und Shire

Klinische Studien mit Böhlinger Ingelheim, Janssen-Cilag





I. Symptomatologie

II. Neurologische-somatische Differentialdiagnosen

III. Psychiatrische Differentialdiagnosen

- Störung des Sozialverhaltens
- emotionale Störungen





ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ist eine Entwicklungsstörung

Sie resultiert in nicht altersentsprechenden Symptomen von

- Hyperaktivität
- Impulsivität
- Unaufmerksamkeit





Motorische Hyperaktivität lässt mit zunehmenden Alter nach

Bei Jugendlichen und Erwachsenen ist sie im allgemeinen nicht mehr präsent.





Diagnostische Kriterien für ADHS im Jugend- und Erwachsenenalter

1. Ist sehr leicht ablenkbar durch externe Stimuli (DSM-IV-TR)
2. Macht sehr häufig impulsive Entscheidungen (EF)
3. Hat oft Schwierigkeiten Aktivitäten oder Verhaltensweise zu beenden, wenn es eigentlich notwendig ist (EF)
4. Startet ein Projekt oder eine Aufgabe ohne die Anweisungen zu lesen oder zuzuhören (EF)
5. Macht häufig Versprechungen oder Zusagen und kann diese dann nicht einhalten (EF)
6. Hat oft Probleme Dinge in angemessener Reihenfolge zu erledigen (EF)
7. Fährt ein Fahrzeug oft sehr viel schneller als andere (häufige Geschwindigkeitsüberschreitung) (EF)
8. Hat oft Schwierigkeiten sich ruhig in Freizeitaktivitäten zu vergnügen
9. Hat oft Schwierigkeiten Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten bei Aufgaben oder Freizeitaktivitäten (DSM-IV-TR)
10. Hat Schwierigkeiten Aufgaben und Tätigkeiten zu organisieren (DSM-IV-TR)

Vorgeschlagener Cut-Off: Entweder 4 von den ersten 7 oder insgesamt 6 von 9 Symptomen





Eingeschränkte verbale kognitive und motorische Hemmung kann im Jugendalter und auch im jungen Erwachsenenalter Ausdruck von Impulsivität sein.





Ältere Kinder/Jugendliche/Erwachsene mit ADHS

- Unterbrechen andere in der Unterhaltung
- Reden selbst exzessiv
- Treffen impulsive Entscheidungen
- Beachten Konsequenzen nicht
- Haben Probleme mit aufgeschobenen Gratifikationen



Emotionale Impulsivität

- Ungeduldig
- Sehr leicht frustriert
- Sehr schnell aufbrausend/ärgerlich
- Probleme mit der Selbstregulierung von Emotionen

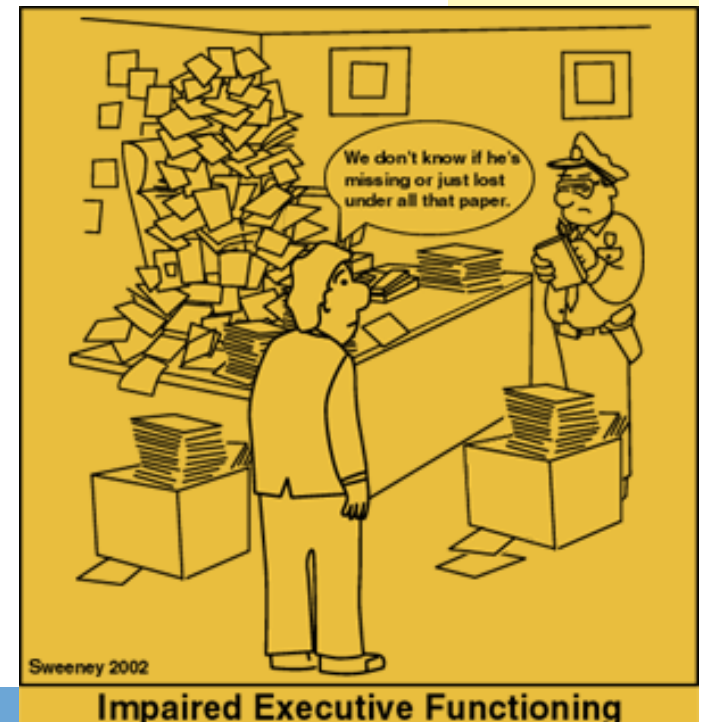


Exekutive Funktionen und ADHS

Die neuropsychologischen Symptome bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS beruhen zum Teil auf Defiziten in exekutiven Funktionen.

Exekutive Funktionen = neurokognitive Prozesse von

- zeitentsprechenden Verhaltensorganisationen,
- Einhaltung von Zeiten,
- Erreichen von Zielen



Impaired Executive Functioning



Exekutive Funktionen bestehen vorwiegend aus zwei Domänen:

Inhibition und Metakognition





Inhibition

Inhibition bezieht sich auf die Fähigkeit motorische, verbale, kognitive und emotionale Erregungen/Aktivitäten zu bremsen.



Metakognition

Non-verbales Arbeitsgedächtnis

Verbales Arbeitsgedächtnis

Planen und Problemlösung

Emotionale Selbstregulation

Defizite in diesen Domänen beruhen oftmals auf
Unaufmerksamkeit





Diagnostik und Differentialdiagnostik einer ADHS

Neben den Hauptsymptomen

- gesteigerte Impulsivität,
- Hyperaktivität und
- Aufmerksamkeitsdefizit,

sollten die Kriterien

- pervasiv
- situationsübergreifend

vorliegen.





Liegt wirklich eine eindeutige pathologische
Hyperaktivität oder Aufmerksamkeitsstörung
vor?

Oder

Gehört die Verhaltensweise noch in den
Extrembereich der Normalvariabilität?





DIAGNOSTIK

"IHR SEID DAS SALZ DER ERDE."

DIE BIBEL: MATTHÄUS 5 VERS 13



Psychiatrische Anamnese des Kindes
Psychopathologischer Befund
Fremdanamnese der Bezugspersonen

Familiengespräch

Körperlich – neurologische Untersuchung

EEG, EKG, MRT, Labor

Anamnese:

Familienanamnese: genetische Belastung (Heritabilität 70-80%)

Risikofaktoren in der Schwangerschaft:

psychosozialer Stress (Cortisolausschüttung, epigenetische Beeinflussung
der embryonalen HPA Achse, veränderte Cortisol-Rezeptor-Expression)

Nikotin- oder Alkoholkonsum, Substanzkonsum

Medikamenteneinnahme

Geburtsanamnese: Frühgeburtlichkeit, Hypoxie, Apgar-Index, Nabelschnur-pH





Differentialdiagnose: Tiefgreifende Entwicklungsstörung und Intelligenzminderung

DSM V:

Autistische Spektrumsstörung als Ausschlußkriterium
wird nicht mehr vorhanden sein!





Hirnorganische neurologische Ursachen

- postenzephalitischer Zustand – epileptiforme Sensation
- epileptische Anfälle (Absencen)
- Chorea minor
- Hirntumor
- degenerative Erkrankung (z. B. die Neuronalen Ceroid-Lipofuszinosen, juvenile ist die häufigste Form mit 0,7 : 100.000, typischer Beginn im 6.-7. Lebensjahr; infantile/spätinfantile Form, alle autosomal rezessiv vererbt)





Differentialdiagnose Absencen I

Absence

- französisch, „Abwesenheit“
- Epileptische Bewusstseinsstörung
- früherer Sprachgebrauch „kleine Anfälle“ („petit mal“)



Differentialdiagnose Absenzen II

- Wesentliches Merkmal ist die kurze Bewusstseinspause
- Dauer meist nur 5 bis 10 Sekunden, auch bis 20 Sekunden, selten länger

Symptomatik

- Innehalten in der Bewegung, Nicht-Reagieren auf Ansprache
- Gesicht: ausdruckslos, Blick leer
- Nach der Pause wird die begonnene Tätigkeit fortgeführt
- in der Regel keine Erinnerung an die Zeit der Absence
- wenn keine weiteren Auffälligkeiten, „einfache“ Absence, ansonsten komplexe Absence, z. B. mit Myoklonien (Muskelzuckungen)





Differentialdiagnose Absencen III

- *Absencen mit Automatismen*: Häufig gleichförmige Bewegungsfolgen im Mundbereich mit Schmatzen, Lecken, Kauen oder Schlucken, mitunter auch Nesteln oder Zupfen mit den Händen
- *Blinzelabsencen*: ausgelöst durch willkürlichen oder unwillkürlichen Lidschluss
- *Tonische Absencen*: leichte Versteifung der Körperhaltung oder einzelner Glieder
- Während typische Absencen durch ein gleichzeitig im EEG auftretendes reguläres 2,3-3,5/ s Spike-Wave Muster charakterisiert sind treten bei atypischen Absencen zumeist langsamere ca. 1-2/s Spike-Wave-Muster im EEG auf.



Somatische Störungsbilder

- Hyperthyreose
- hypoglykämische Attacken
- paroxysmale Tachykardie
- juvenile Hypertonie (1-3%)



Psychiatrische Differentialdiagnosen bei Kindern und Jugendlichen

- Anpassungsstörungen
- Störung des Sozialverhaltens
- affektive/dysthyme Störungen
(depressive und/oder manische Episoden)
- Angststörungen
- schizophrene Störungen
- dissoziative Störungen
- psychosomatische Störungen
- posttraumatische Belastungsstörung
- Persönlichkeitsstörungen





Komorbiditäten / Differentialdiagnosen

- Tic-Störung
- motorische Unruhe bei geistig behinderten Kindern
- Lernstörungen:
 - Umschriebene Lese-Rechtschreibschwäche
(50-80 % der Kinder mit ADHS)



Psychotrope Substanzen

- Intoxikation
 - THC
 - Johanniskraut
 - übermäßiger Koffeinkonsum (Kaffee, Energy drinks)
 - Pilze („Zauberpilze“)

- Konsum von legalen oder illegalen Drogen



Differentialdiagnose Anpassungsstörung auf aktuelle psychosoziale Lebensumstände

Fünfte Achse: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen
2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie
3. Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
4. Abnorme Erziehungsbedingungen
 - Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung
 - Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt
 - Unangemessene Anforderungen und Nötigungen durch die Eltern
5. Abnorme mittelbare Umgebung
6. Akute belastende Lebensereignisse





Differentialdiagnose Störung des Sozialverhaltens

- 30-50 % aller Kinder mit ADHS weisen auch eine Störung des Sozialverhaltens auf.
- Die Überschneidung zwischen hyperkinetischen und aggressiven Verhaltensweisen liegen zwischen 30 und 90 %.
- Die Inzidenz der hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens soll nach Trites und La Trade (1983) mit 3,7% fast doppelt so hoch sein wie die einer reinen HKS (2 %).
- Epidemiolog. Untersuchung Rhein-Neckarkreis,
3981 Kinder, 4. Klasse Grundschule:
6-13% SSV (Haffner et al., 2001) ♂:♀ = 5:1





Differentialdiagnose ADHS und SSV



- Rein hyperkinetische Kinder unterscheiden sich von Kindern mit einer HK-SSV insbesondere hinsichtlich des impulsiven Verhaltens.
- Reine ADHS ist häufiger als die HK-SSV vergesellschaftet mit
 - Unaufmerksamkeit in Labortests
 - Neurologischen „*soft signs*“
- Störung des Sozialverhaltens ist eher mit psychosozialen Risikofaktoren korreliert.



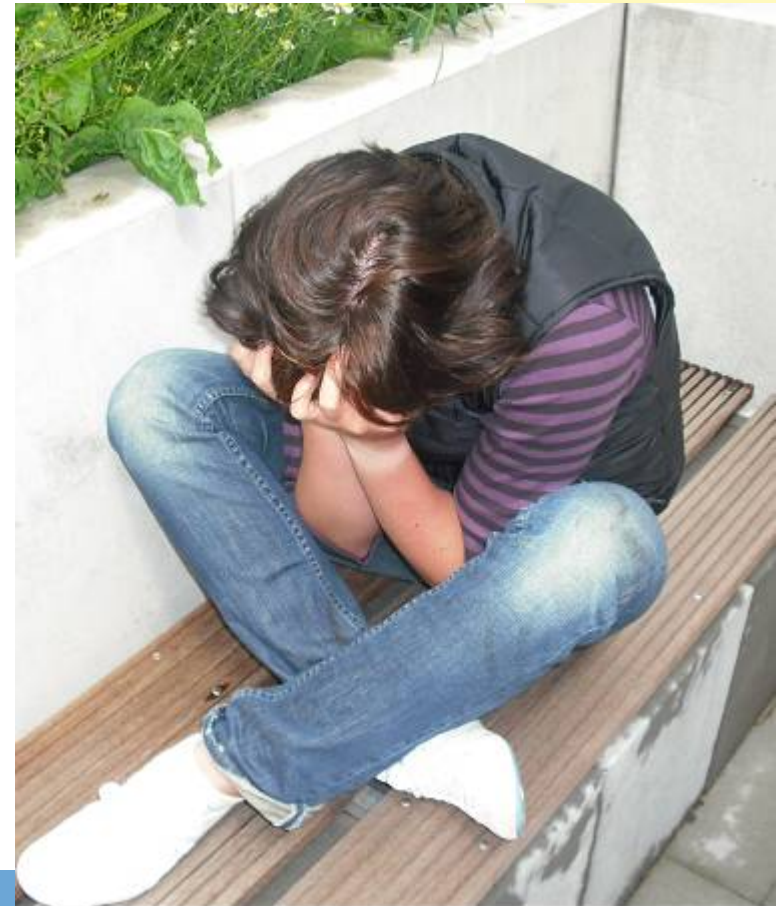
Differentialdiagnose emotionale Störung

- Dysthymien
- Depressive Episoden
- Generalisierte Angststörung und Panikattacken



Differentialdiagnose emotionale Störung: Dysthymia

Chronische depressive Verstimmung, die nach Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden gegenwärtig nicht die Kriterien für eine leicht oder mittelgradige rezidivierende depressive Störung erfüllt.





DD: Bipolare Störung des Kindes- und Jugendalters

ICD-10

- Manie: gehobene Stimmung, gesteigerter Antrieb, Neigung zu riskanten Verhalten (Geld, Sexualität, Straßenverkehr...)
- Gesteigertes Redebedürfnis, vermindertes Schlafbedürfnis etc.
- Die Dauer einer manischen Episode sollte einige Tage betragen. Die Manie kann in Kombination mit „psychotischen“ Symptomen auftreten. Dazu zählen in erster Linie Größenwahn und andere wahnhaft (paranoide) Vorstellungen.
- Neben der Euphorie können auch Gereiztheit (Dysphorie) und Misstrauen auftreten.





DD: Bipolare Störung des Kindes- und Jugendalters

Bipolare Störungen im Kindesalter

- Typische bipolare Störungen im Kindesalter sind selten.
- Diskussion in den USA: viele Patienten mit ADHS-Symptomatik sollen unter einer bipolaren Störung leiden
- typische ADHS und typische bipolare Störungen können gut unterschieden werden können.

Es gibt jedoch zahlreiche Beobachtungen, dass Erwachsene bipolare Patienten in der Kindheit eine ADHS-Symptomatik hatten, dass in Familien mit bipolarer Belastung auch ADHS-Symptomatik gehäuft auftritt und dass zumindest im Erwachsenenalter eine gewisse Komorbidität von ADHS und bipolarer Störung bekannt ist, sodass vor allem bei komplizierten Verläufen eine differenzialdiagnostische Abwägung sinnvoll sein kann.





DD: Bipolare Störung des Kindes- und Jugendalters

Jugendtypische Besonderheiten

- Rapid cycling:
Von rapid cycling spricht man dann, wenn die Dauer von Phasen und symptomfreien Intervallen kürzer ist als üblich. Man kann folgende Ausprägungen von rapid cycling unterscheiden:
 - Rapid cycling: 4 Episoden pro Jahr
 - Ultrarapid cycling: 4 Episoden pro Monat
 - Ultradian cycling: mehrfach tägliche Episoden.
- Rapid cycling tritt in jedem Alter auf, im Jugendalter jedoch häufiger als im Erwachsenenalter. Die Problematik besteht im Wesentlichen darin, dass durch die Verkürzung der Phasen und der symptomfreien Intervalle die Möglichkeit der Stabilisierung abnimmt und sich aus einem episodischen Krankheitsbild ein tendenziell chronisches Krankheitsbild entwickelt, das wesentlich nachteiligere psychosoziale Auswirkungen haben kann.





Evtl. neue Differentialdiagnose DSM V „disruptive mood dysregulation disorder“ (DMDD)

Severe mood dysregulation (SMD):

Sehr irritable Kinder

DSM V Arbeitsgruppe: Viele Kinder werden mit bipolarer Störung diagnostiziert, obwohl sie die Kriterien nicht erfüllen

SMD = ODD/ADHD + depression + anxiety





Childhood Disorders Not Currently Listed in DSM-IV

- Posttraumatic Stress Disorder in Preschool Children
- Temper Dysregulation Disorder with Dysphoria
- Callous and Unemotional Specifier for Conduct Disorder
- Learning Disabilities
- Non-Suicidal Self Injury
- Non-Suicidal Self Injury Not Otherwise Specified

www.dsm5.org





Wesentliche Neuerungen für die ADHS Diagnose im DSM V (vorgestellt von X. Castellanos)

- Alter zu Beginn der Störung: wird auf 12 Jahre heraufgesetzt
- es werden bis zu 4 neue Kriterien für Impulsivität überlegt
- Die Anzahl der Kriterien, die für die Diagnose ADHS im Erwachsenenalter erfüllt sein müssen, wird reduziert werden
- autistische Spektrumstörung als Ausschlußdiagnose wird fallengelassen werden

Frage nach „motivation“ and „lack of motivation“





Zusammenfassung I

Neurologische Differentialdiagnosen lassen sich aufgrund der Besonderheiten (motorische Auffälligkeiten, genetische Untersuchungen, Labor, EEG) in der Regel leicht von einer ADHS/ADS differenzieren.

Psychiatrische Diff.-Diagnosen im Kindesalter sind insbesondere

- Anpassungsstörung / PTBS
- emotionale Störung des Kindesalters
- Störung des Sozialverhaltens

Psychiatrische Diff.-Diagnosen im Jugendalter sind insbesondere

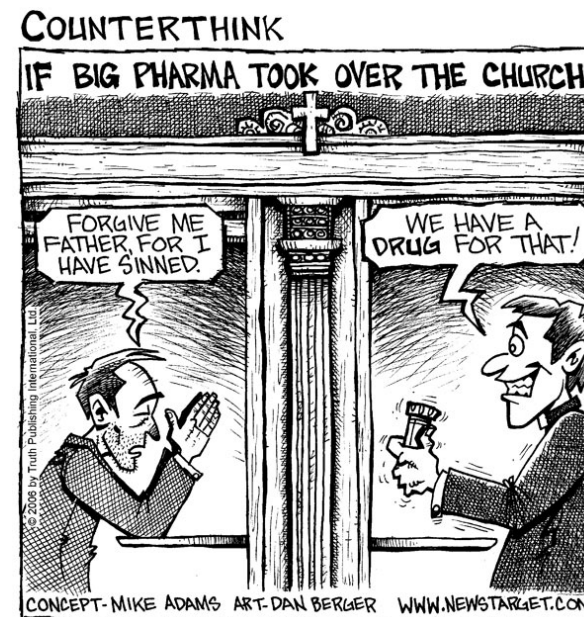
- Affektive Störungen
- PTBS
- Angststörungen
- „drohende Persönlichkeitsentwicklungsstörung“





Zusammenfassung II: Exakte Diagnose führt zu guten Therapieerfolgen

- situationsübergreifend und pervasiv
- Ausprägung der Symptome
(Anzahl der Kriterien, DYSIPS-Fragebögen FBB, SBB, CBCL, TRF)
- kognitive Leistungsdiagnostik
- prä-, peri- und postnatale Anamnese
- Familienanamnese
- DSM IV Kriteriencheckliste an die Eltern und Geschwister





Auch ich habe Träume

Ich wünschte, ihr hättet bemerkt, dass ich so oft unzufrieden war und nicht wusste warum.

Ich wünschte, ihr hättet gewusst, dass ich gar kein Zeitgefühl habe und aus Scham log, wenn ich wieder einmal zu spät kam.

Ich wünschte, ihr hättet bemerkt, wie viel Kraft ich anders als meine Schwestern für das Lernen aufbringen musste.

Ich wünschte, ihr hättet gewusst, dass ich oft gelogen habe, weil ich mich für meine Vergesslichkeit geschämt habe.

Ich wünschte, ihr hättet gewusst, warum es mir so schwer fiel, Entscheidungen zu treffen.

Ich wünschte, ihr hättet bemerkt, dass mich die Affenliebe zu meinem ersten Freund total in eine Abhängigkeit stürzte.

Ich wünschte, ihr hättet gewusst, dass ich die vielen Jahre seiner „seelischen Vergewaltigung“ zuließ, weil ich die Beziehung nicht beenden konnte.

Ich wünschte, ihr hättet bemerkt, dass ich ganz schlecht „nein“ sagen konnte, weil ich die Anerkennung und das Gefühl, gebraucht zu werden, „zum Atmen“ brauchte.

*Cordula Neuhaus,
Esslingen-Zell*





Auch ich habe Träume

*Ich wünschte, ihr hättet bemerkt, dass ich so oft unzufrieden
warum.*

*Ich wünschte, ihr hättet gewusst, dass ich gar kein Zeitgefühl
wenn ich wieder einmal zu spät kam.*

*Ich wünschte, ihr hättet bemerkt, wie viel Kraft ich anders als
Lernen aufbringen musste.*

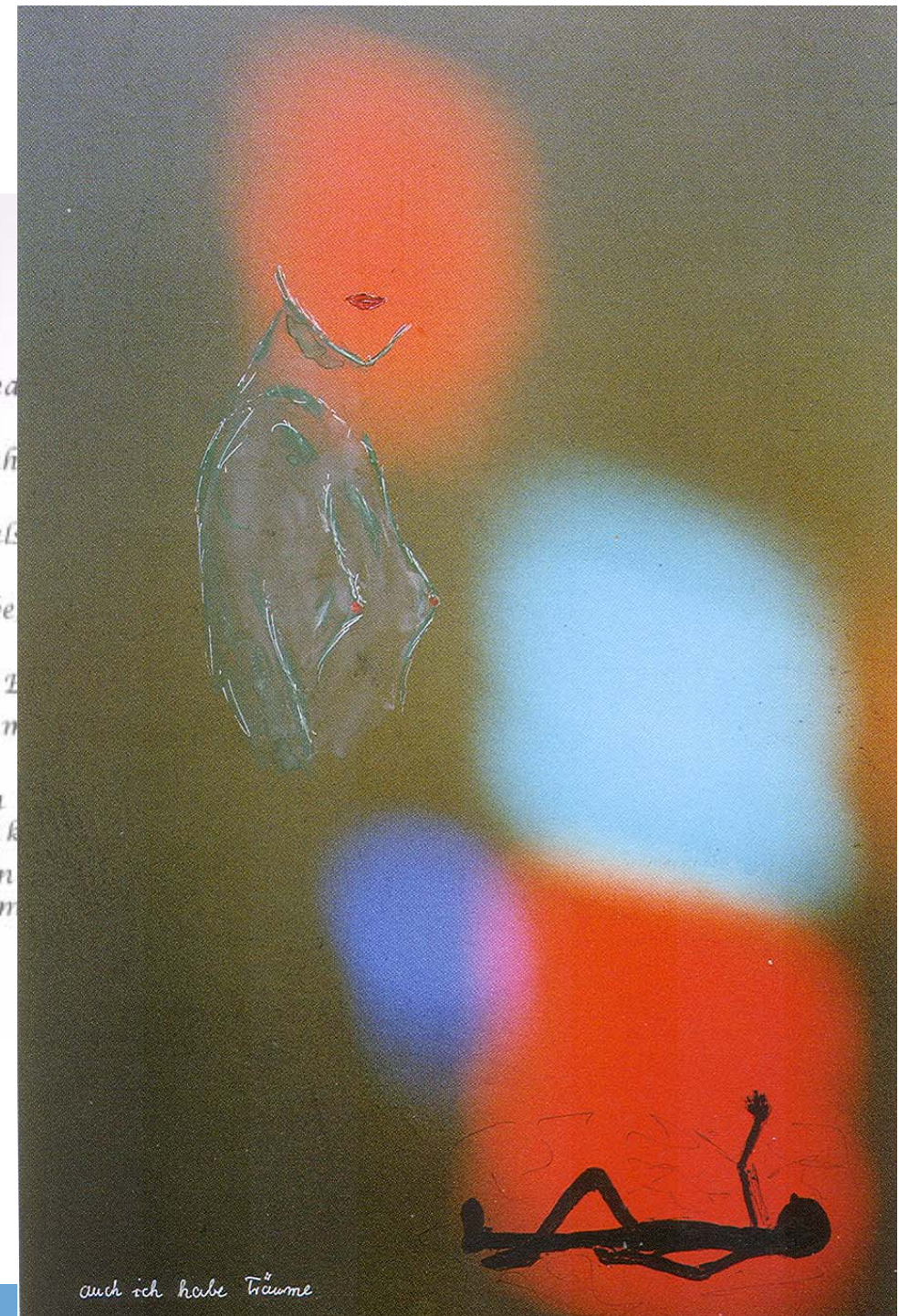
*Ich wünschte, ihr hättet gewusst, dass ich oft gelogen habe
Vergesslichkeit geschämt habe.*

*Ich wünschte, ihr hättet gewusst, warum es mir so schwer fiel, zu
Ich wünschte, ihr hättet bemerkt, dass mich die Affenliebe zu mir
in eine Abhängigkeit stürzte.*

*Ich wünschte, ihr hättet bemerkt, dass mich die Affenliebe zu mir
in eine Abhängigkeit stürzte.*

*Ich wünschte, ihr hättet gewusst, dass ich die vielen
"Vergewaltigung" zuließ, weil ich die Beziehung nicht beenden konnte.*

*Ich wünschte, ihr hättet bemerkt, dass ich ganz schlecht „nein“
Anerkennung und das Gefühl, gebraucht zu werden, „zum Atmen“*



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Andrea G. Ludolph

e-mail: andrea.ludolph@uniklinik-ulm.de

