

Themenschwerpunkt

Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter

Rolf-Dieter Stieglitz¹ und Michael Rösler²

¹Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Basel

²Neurozentrum – IGPUP, Universitätsklinikum des Saarlandes

Zusammenfassung: Die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter ist ein komplexer Prozess, vor allem wenn die Störung im Kindesalter nicht diagnostiziert wurde. Verschiedene Datenebenen und -quellen sind dabei zu berücksichtigen. Ziel des Beitrages ist es, einen Überblick über allgemeine Probleme der Diagnostik der ADHS, die verschiedenen Stufen des diagnostischen Prozesses sowie den diagnostischen Instrumenten zu geben, die hilfreich eingesetzt werden können, um die Diagnose sowie komorbide Störungen zuverlässig zu erfassen. Zur Verfügung stehen vor allem Interviews sowie Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren. Abschließend werden offene Fragen und bestehende Probleme in der Diagnostik der ADHS diskutiert.

Schlüsselwörter: ADHS im Erwachsenenalter, Instrumente, Assessment, diagnostischer Prozess, Komorbidität, multimodale Diagnostik

Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Adults

Abstract: The diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults is a complex process especially if the disorder was not diagnosed during childhood. Different databases and data sources have to be considered. The paper provides an overview of general problems of the assessment, the different steps of the diagnostic process and the instruments which can be useful to diagnose the disorder as well as comorbidity in a reliable way. Available are interviews, self and observer rating scales. Finally some unsolved issues in the assessment of ADHD in adults are discussed.

Keywords: ADHD in adults, instruments, assessment, diagnostic process, comorbidity, multimodal diagnosis

Die Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) kann zwischenzeitlich als eine hinreichend valide psychiatrische Diagnose auch im Erwachsenenalter angesehen werden. Verschiedene epidemiologische Studien (vgl. auch Beitrag Rösler & Retz in diesem Heft) weisen darauf hin, dass es sich um eine der häufigsten psychischen Störungen im Erwachsenenalter handelt. Verlaufsstudien haben zeigen können, dass sich bei ca. 50–60 % derjenigen, die die Diagnose bereits als Kind erhalten haben, das Bild auch im Erwachsenenalter zeigen kann. Hier kann es sich als subsyndromales, aber auch als vollständiges Bild manifestieren. Die diagnostischen Kriterien und Konzeptionalisierung der Störung haben sich seit der Einführung der Aufmerksamkeitsstörungen 1980 im DSM-III wiederholt geändert. Leider stimmen auch heute noch die DSM-IV- und ICD-10 Kriterien nicht ausreichend überein. Zudem existieren weitere

Konzeptionalisierungen, wobei insbesondere die Utah-Kriterien von Wender (1995) herauszuheben sind. Die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter basiert auf einem klinischen Entscheidungsprozess, das heißt die Diagnose stellt letztendlich eine klinische Diagnose dar. Diese basiert auf den vielfältigen Facetten, die es im Kontext der Störung zu berücksichtigen gilt, wobei vor allem eine umfassende Untersuchung bezüglich Psychopathologie, funktioneller Beeinträchtigungen, Ausmaß der Störung, Beginn der Erkrankung und die Abwesenheit anderer Erkrankungen von großer Bedeutung sind (vgl. auch Tab. 1). Es gibt keine neurobiologischen Verfahren oder Testverfahren wie z. B. neuropsychologische Tests, die eine Diagnosestellung der ADHS möglich machen. Manche Personen streben noch im höheren Alter eine diagnostische Abklärung an. Anlass sind die enormen Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebensbereichen

Tabelle 1

Zu berücksichtigenden Aspekte einer umfassenden Untersuchung als Grundlage einer Diagnosestellung einer ADHS im Erwachsenenalter

- Allgemeine, umfassende psychiatrische Anamnese (vgl. Freyberger, Ermer & Stieglitz, 2002)
- Spezielle Anamnese im Hinblick auf ADHS
- Erfassung der vergangenen und aktuellen ADHS-Symptomatik unter Einbeziehung standardisierter Verfahren
- Erfassung von vergangenen und aktuellen Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Funktionsbereichen
- Überprüfung von Komorbiditäten
- ggf. testpsychologische/neuropsychologische Untersuchungen

wie Arbeit, Familie, Partnerschaften oder Freizeit, die für ADHS-Betroffene typisch sind.

Folgende allgemeine *Assessmentziele* sind im Kontext der ADHS von Bedeutung:

- retrospektive Diagnosestellung,
- Verifizierung einer bereits früher gestellten Störung,
- Quantifizierung des aktuellen Schweregrades sowie
- Beurteilung von Veränderungen im Zeitverlauf, vor allem im Kontext therapeutischer Interventionen.

Probleme der Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter

Bei der Diagnostik der ADHS stellt sich eine Reihe von Problemen, zum Teil größeren Ausmaßes als bei anderen psychischen Störungen. Diese lassen sich nach verschiedenen Aspekten differenzieren.

Patient

Die zentrale Datenquelle stellt meist der Patient selbst dar. Allgemeine Voraussetzungen für die Beurteilung psychischer Phänomene sind zu berücksichtigen: Kognitive Faktoren wie Intelligenz, Sprachverständnis, Introspektionsfähigkeit und Erinnerungsfähigkeit (Stichwort: Retrospektion) sowie nicht-kognitive Faktoren wie Motivation und Bereitschaft, über sich Auskunft zu geben. Zu nennen ist jedoch auch ein spezieller Aspekt. Da es sich bei der ADHS um eine sehr früh beginnende Störung handelt, die zudem kontinuierlich verläuft, haben Patienten oft den Eindruck, bestimmte Symptome gehören zu ihrem Leben dazu und sind nicht unbedingt als Teil einer Störung zu sehen. Der Patient kennt sich nur so, wie er ist. Die Syndromtrias Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität entsteht nicht erst nach einer mehr oder weniger langen normalen Entwicklung als Ergebnis eines Krankheitsgeschehens, sondern sie ist von Beginn an vorhanden. Der Patient hat daher nach seinem Erle-

ben keine Veranlassung sich krank zu fühlen. Die Unterschiede werden oft erst im Vergleich mit anderen, nicht betroffenen Menschen deutlich. Aber auch die diagnostische Abklärung der eigenen Kinder kann Ausgangspunkt und Wunsch für eine eigene Abklärung sein.

Untersucher

Wie bei anderen psychischen Störungen auch stellt der unabhängige Untersucher oder Rater eine weitere wichtige Datenquelle dar. Ein Problem besteht jedoch darin, dass die Symptomatik in der Untersuchungssituation oft nicht oder nur schwer zu beobachten ist. Die Symptomatik wird in der Untersuchungssituation mehr berichtet als beobachtet. Erwachsene springen in der Untersuchungssituation nicht wie Kinder auf und hüpfen nicht von Stuhl zu Stuhl. Direkt beobachtbar beim Erwachsenen sind motorische Unruhe oder mangelnde Konzentration. Viele andere Symptome entziehen sich der direkten Untersuchung (z. B. intrapsychische Phänomene wie innere Unruhe, Rastlosigkeit). Bei der Einschätzung dieser Phänomene ist der Diagnostiker daher auf Aussagen Dritter und Angaben des Patienten selbst angewiesen.

Untersuchungsinstrumente

Obwohl es sich bei der ADHS erst um eine relativ «junge» Störung für den Erwachsenenbereich handelt, liegt zwischenzeitlich bereits eine Vielzahl an Instrumenten mit unterschiedlichem Fokus vor. Viele Instrumente orientieren sich an den Kriterien des DSM-IV. Probleme bestehen oft in der adäquaten Umsetzung dieser Kriterien in Aussagen für den Erwachsenenbereich. Zudem existiert bisher kein diagnostischer Standard, vielfach liegen keine autorisierten Übersetzungen und noch weniger Validierungsstudien an deutschsprachigen Populationen vor.

Klassifikationssystem

Die beiden aktuellen Klassifikationssysteme stimmen hinsichtlich der Operationalisierung der Störung nicht überein. So ist u. a. die Schwelle für die Störung in der ICD-10 höher (vgl. Rösler & Retz in diesem Heft). Für beide Systeme gilt, dass es keine speziellen Kriterien für Erwachsene gibt. Neben der problematischen Übertragung der Kriterien auf den Erwachsenenbereich stellt sich auch die Frage nach der Praktikabilität und Validität des Alterskriteriums von sieben Jahren. Zudem sind die diagnostischen Kriterien nicht exklusiv, sondern zeigen folgende Probleme:

- Sie sind in der Mehrzahl unspezifisch wie z. B. Aufmerksamkeit und
- zeigen Überschneidungen zu anderen psychischen Störungen (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung).

Beschreibung der Störung

Eng mit Fragen der Klassifikation verbunden ist die Frage, ob die Störung dimensional oder kategorial zu sehen ist. Diese im Kontext verschiedener psychischer Störungen oft diskutierte Frage (z. B. Persönlichkeitsstörungen) stellt sich besonders bei der ADHS und deren Verlauf (vgl. z. B. Faraone, Biederman, Feighner & Monuteaux, 2000). ADHS kann als ein dimensionales Konstrukt angesehen werden. Es handelt sich nicht um ein Alles-oder-Nichts-Prinzip. ADHS präsentiert vielmehr das Ende eines Kontinuums oder einer Normalverteilung. Zudem sind die Kernsymptome der Störung ebenso allgemeine Merkmale menschlicher Natur wie zum Beispiel Unaufmerksamkeit oder Impulsivität, besonders in Zeiten verstärkter psychischer oder körperlicher Belastung. Gerade auch im Hinblick auf die besondere Bedeutung des individuell sehr unterschiedlichen Verlaufs der Störung schlagen zum Beispiel Biederman (2004) folgende Unterscheidungen basierend auf DSM-III-R vor:

- syndromale Remission: Patient erfüllt nicht mehr die Kriterien der Störung (weniger als acht der 14 Kriterien),
- Symptomremission: Patient erfüllt nicht mehr die Kriterien der subkategorialen Störung (weniger als fünf Symptome),
- funktionale Remission: Der Patient erfüllt weniger als fünf Symptome und weist keine Beeinträchtigungen mehr auf.

Auch im DSM-IV wird den unterschiedlichen Verläufen Rechnung getragen, indem darauf hingewiesen wird, dass bei Patienten, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt Symptome zeigen, aber nicht mehr alle Kriterien erfüllt sind, die Spezifizierung «teilremittiert» vorgenommen werden soll.

Neben diesen allgemeinen Problemen der ADHS-Diagnostik im klinischen Alltag ergeben sich bezüglich der Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter weitere Problemereiche (vgl. auch Murphy & Gordon, 1998):

- Die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter basiert im Wesentlichen auf Berichten funktioneller Beeinträchtigung in der Kindheit. Sie basieren selten auf objektifizierbaren Berichten aus der damaligen Zeit (z. B. Zeugnissen), sondern im Wesentlichen auf *retrospektiven Angaben*, die anfällig sind für Ungenauigkeit, Unvollständigkeit oder sonstige Verzerrungen.
- Besonders bei Erwachsenen ergibt sich das Problem, dass häufig ein weites Spektrum *komorbider Störungen* auftreten kann. Einige davon können sich sekundär infolge von jahrelang erlebten Frustrationen und Misserfolgen entwickeln. Auch andere psychische Störungen haben einen typischen Beginn in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter. Zu nennen sind hier zum Beispiel Persönlichkeitsstörungen, vor allem die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die antisoziale Per-

sönlichkeitsstörung, aber auch andere psychische Störungen wie Zwangsstörungen oder Schizophrenie. Diese können kombiniert vorhanden sein, müssen jedoch auch als *Differenzialdiagnose* bedacht werden.

- Besonders Erwachsene können auch an *körperlichen Erkrankungen* leiden, die ADHS-ähnliche Symptome hervorrufen wie zum Beispiel Hypo- oder Hyperthyreose, Diabetes oder bestimmte Herzprobleme (vgl. auch Krause & Krause, 2005).
- Mit *zunehmendem Alter* erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, unter Stress oder traumatischen Erlebnissen zu leiden. Hierzu zählen zum Beispiel Scheidung, Trauer, finanzielle Probleme usw. Infolge derartiger Belastungen kann eine Reihe von Symptomen auftreten (z. B. Konzentrationsstörungen), die eine ADHS imitieren können.
- Im Erwachsenenalter kann es schwieriger sein, die mit der Störung assoziierten *Beeinträchtigungen* zu erfassen. Aktivitäten vor allem im Arbeitsbereich variieren im Hinblick der Anforderungen an Aufmerksamkeit, Planungsvermögen, Strukturierung usw. Patienten finden oft eine «ökologische» Nische, in der die Symptomatik nicht oder nur bedingt zum Tragen kommt.
- Ein weiteres Problem der Diagnose der ADHS ist der so genannte «*informed bias*». Aufgrund eines mittlerweile hohen Bekanntheitsgrades der Störung erscheinen die Patienten informierter zur Untersuchung und das Vorwissen kann sicherlich einen Einfluss auf die Selbstbewertung haben.

Es gibt klare Hinweise darauf, dass es sich bei der ADHS nicht um eine «artifizielle» Störungskategorie, sondern um eine legitime diagnostische Einheit handelt, die erfahrene Kliniker effizient und genau erfassen können. Erforderlich ist eine umfassende und sorgfältige Untersuchung, die vor allen Dingen kritische Aspekte der Vergangenheit, gegenwärtiges Funktionsniveau, das Ausmaß der Beeinträchtigung und mögliche Alternativerklärungen berücksichtigt. *Differenzialdiagnostische Überlegungen* sind, wie bereits erwähnt, weiterhin von großer Bedeutung. Auf einige besonders wichtige Punkte sei explizit hingewiesen (vgl. z. B. auch Murphy & Gordon, 1998; Krause & Krause, 2005):

- *ADHS, hauptsächlich unaufmerksamer Typ*

Hier gilt es auszuschließen, dass die Symptome nicht Zeichen einer anderen psychiatrischen oder körperlichen Erkrankung sind.

- *Substanzmissbrauch/-abhängigkeit und ADHS*

Häufige Komorbidität mit Substanzstörungen macht es schwierig, die Frage zu klären, ob die vermuteten ADHS-Symptome nicht Teil der Substanzstörung sind. Hier hilft eine Analyse der zeitlichen Abfolge der Psychopathologie. ADHS tritt in der Regel vor anderen psychiatrischen Erkrankungen auf, die sich meist erst später manifestieren.

– *Differenzialdiagnose von anderen psychiatrischen Erkrankungen*

Hier gilt es, wie bereits erwähnt, die Vielzahl komorbider Störungen sowie alternative Diagnosen zu berücksichtigen, vor allem Angststörungen, Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörung oder bipolare affektive Störung und dabei speziell die juvenile Manie.

Diagnostischer Prozess

In der Literatur finden sich verschiedene Vorschläge, welche Aspekte im diagnostischen Prozess zu beachten sind (vgl. z. B. Weiss, Trokenberg Hechtman & Weiss, 1999; Weiss & Murray, 2003; Murphy & Gordon, 1998). Unter Berücksichtigung dieser Überlegungen und der bisherigen Ausführungen lässt sich der diagnostische Prozess, wie in Abbildung 1 dargestellt, in verschiedene Bereiche gliedern.

Weiss et al. (1999) schlagen beim praktischen Vorgehen folgende Stufen vor, die jedoch nicht unbedingt in der folgenden Reihenfolge zu durchlaufen sind: Klinisches Interview, Erfassung von Symptomen der ADHS und Einsatz von Ratingskalen, Erfassung anderer psychiatrischer Störungen, Erfassung in der Kindheit, weitere Testuntersuchungen sowie Erfassung von Beeinträchtigungen.

Stufe 1: Interview

Das klinische Interview hat die Funktion, den Patienten und seine Lebensgeschichte sowie sein aktuelles, beobachtbares Verhalten zu dokumentieren. Es dient der Erfassung der ADHS-Symptome und anderer Störungen sowie der Bewertung des aktuellen Funktionsniveaus.

Stufe 2: Erfassung der ADHS-Symptome unter Einsatz von Ratingskalen

Ratingskalen in Form von Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren können der Quantifizierung der aktuellen wie vergangenen Symptomatik dienen. Da die Skalen meist die Umsetzung der Kriterien der Klassifikationssysteme darstellen, ist das Problem des Fehlens adäquater Kriterien für den Erwachsenenbereich durch den Einsatz von Skalen leider auch nicht gelöst.

Stufe 3: Erfassung von anderen psychiatrischen Störungen

Wie im Beitrag von Rösler und Retz sowie Schmidt et al. (in diesem Heft) dargestellt, bestehen hohe Komorbiditätsraten mit anderen psychischen Störungen. Von daher ist es

von großer Wichtigkeit, andere psychische Störungen zumindest umfassend zu screenen.

Stufe 4: Erfassung der Symptomatik in der Kindheitsgeschichte

Die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter basiert auf den Befunden der Geschichte der Störung in der Kindheit. Erwachsene mit einer ADHS berichten oft über sehr lebhaftere Erinnerungen an die Kindheit. Zu nennen sind zum Beispiel emotionale Reaktionen von Lehrern und Eltern. Wenn es Schwierigkeiten gibt, die kindliche Geschichte zu erinnern, ist der Untersuchende auf zusätzliche Informationsquellen angewiesen. Die Einsichtnahme in Zeugnisse erbringt dabei manchmal wertvolle Hinweise.

Stufe 5: Weitere Untersuchungen

Obwohl es keine definitiven Testverfahren auf Leistungsebene für die Diagnosestellung einer ADHS gibt, können sie ergänzende Informationen liefern. Zu nennen sind zum Beispiel psychologische Testungen bezüglich der Leistungsfähigkeit, sei es in Paper-Pencil-Form oder computerisiert. Diese können jedoch nicht als Ersatz für ein klinisches Interview und die spezifische Bewertung und Erfassung der Psychopathologie mittels spezifischer Skalen dienen.

Stufe 6: Erfassung von Beeinträchtigungen

Da ADHS mit vielfältigen Beeinträchtigungen einhergeht, sollten die möglichen betroffenen Bereiche differenziert erfasst werden wie Lebensqualität, familiäre Situation oder Arbeit, Beziehung, Ausbildung sowie Aktivitäten im täglichen Leben. Auch hier können Ratingskalen hilfreich eingesetzt werden (s. u.).

Multimodale Diagnostik

Allgemeiner Standard in der klinisch-psychologischen/psychiatrischen Diagnostik ist seit vielen Jahren die sog. multimodale Diagnostik (syn. Mehrebenendiagnostik, multimethodale Diagnostik). Grundgedanke ist, ähnlich wie bei der multiaxialen Klassifikation, alle für die Beschreibung von Patienten relevanten Dimensionen und Facetten zu berücksichtigen. Nach Baumann und Stieglitz (2001) sind allgemein folgenden Unterscheidungen vorzunehmen:

– *Datenebenen:* Grundkategorien organismischer Merkmale (z. B. biologische, psychologische, soziale, ökologische),

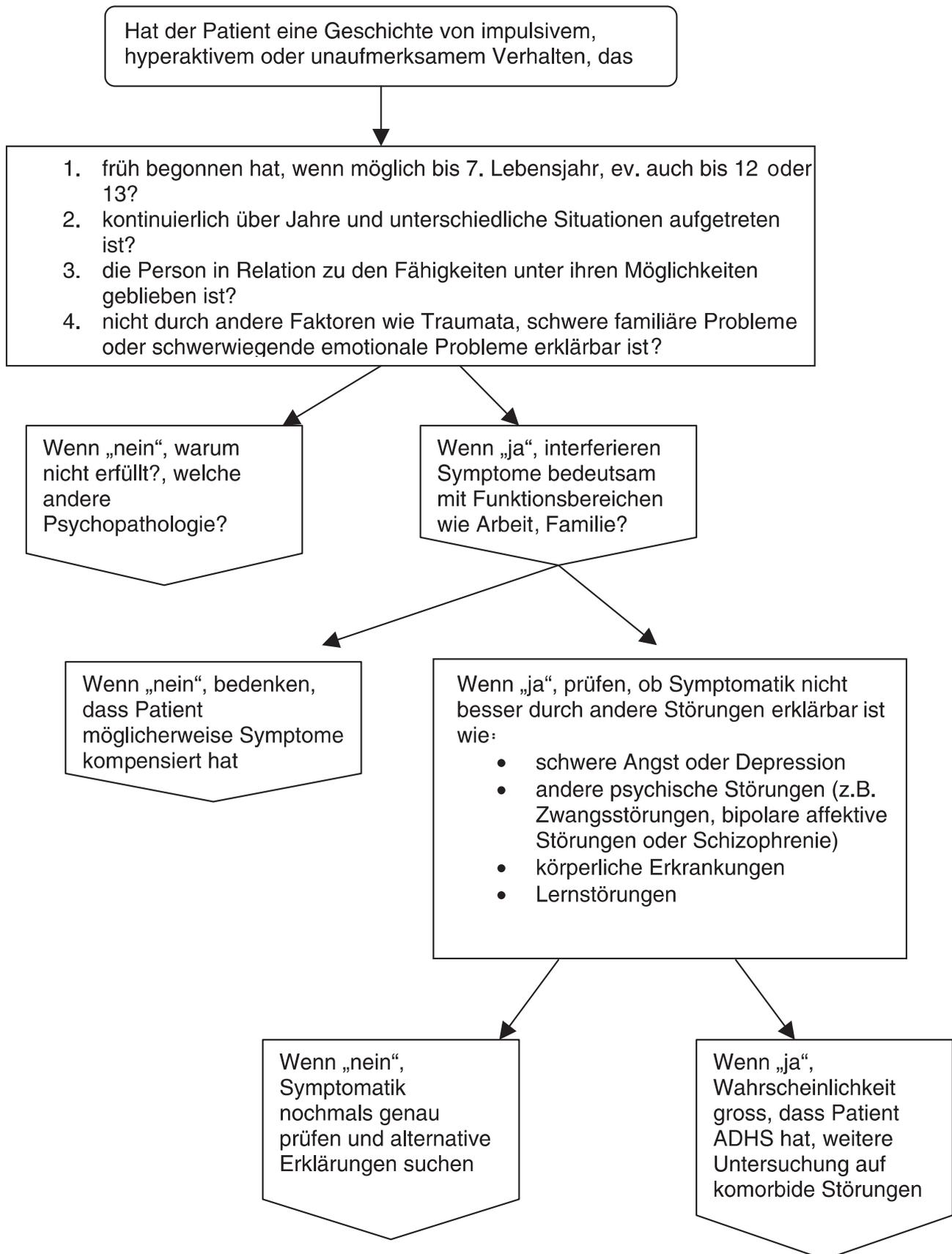


Abbildung 1. Diagnostischer Prozess einer ADHS im Erwachsenenalter (in Anlehnung an Murphy & Gordon, 1998).

Tabelle 2

Multimodale Diagnostik der ADHS: Psychologische Datenebene und Datenquellen

Psychologische Datenebene Konstrukte	Datenquellen				
	Patient	Therapeut	Soziale Bezugspersonen, Dritte	Unabhängiger Beobachter/Rater	Andere (Zeugnisse, Krankengeschichten, Arztberichte, etc.)
Gegenwärtiges Erleben	✓	(✓)	(✓)	(✓)	
Vergangenes Erleben	✓	(✓)	(✓)	(✓)	
Gegenwärtige Leistungen	✓	(✓)	✓	✓	
Vergangene Leistungen	✓	(✓)	✓	(✓)	✓
Gegenwärtiges Verhalten	✓	✓	✓	✓	
Vergangenes Verhalten	✓	(✓)	✓	(✓)	✓

✓ Beurteilung möglich; (✓) Beurteilung nur z. T. möglich

- *Datenquellen*: Informationsgeber (z. B. Patient, unabhängige Dritte, Rater),
- *Konstrukte/Funktionsbereiche*: Einheiten innerhalb einzelner Datenebenen bzw. über Datenebenen hinweg (z. B. Psychologische Datenebene mit den Konstrukten Erleben, Verhalten, Leistung),
- *Methoden der Datengewinnung*: (z. B. Ratingskalen, Leistungstests, apparative Verfahren).

Überträgt man diese Überlegungen auf den Bereich der ADHS, so kann man fast behaupten, dass sich die ADHS prototypisch für eine multimodale Diagnostik anbietet:

- *Datenebenen*. Auf der *biologischen oder neurobiologischen Datenebene* gibt es zwischenzeitlich eine Reihe interessanter Ergebnisse aus dem Bereich der Neurophysiologie oder Bildgebung (vgl. im Überblick Krause & Krause, 2005; sowie Rösler & Retz in diesem Heft). Die *psychologische Datenebene* betreffend zeigen sich Beeinträchtigungen in fast allen Funktionsbereichen wie Erleben, Verhalten und Leistung. Auf der *sozialen Datenebene* sind einerseits bereits in der Entwicklung der Personen Auffälligkeiten festzustellen (z. B. Außenseiter, wenig Freundschaften) wie gleichermaßen als Folge der Störung solche zu konstatieren (z. B. wenig Freunde). Auch die *ökologische Datenebene*, die bei den meisten Störungen nicht beachtet wird, ist hier von Bedeutung. Individuelle Probleme wie finanzielle Schwierigkeiten zum Beispiel durch Arbeitsplatzverluste sind zu nennen.
- *Datenquellen*. Wie bei kaum einer anderen psychischen Störung kommen hier alle zur Verfügung stehenden Datenquellen zum Tragen (vgl. Tab. 2). Jede Datenquelle kann aus ihrer Perspektive spezifische Informationen zu den verschiedenen Aspekten der Störung beitragen. Die Hauptdatenquelle stellt sicherlich der Patient dar. Informationen Dritter kommen jedoch ebenfalls eine herausragende Bedeutung zu. Zusätzlich hervorzuheben sind Informationen, die die Entwicklungsgeschichte des Patienten betreffen, vor allem Berichte über etwaige frühere Abklärungen oder Schulzeugnisse.
- *Konstrukte/Funktionsbereiche*. Am Beispiel der psychologischen

logischen Datenebene als der wichtigsten lässt sich dies exemplarisch belegen. Die allgemeinen Konstrukte Erleben, Verhalten und Leistung finden sich in den unterschiedlichen Facetten der Störung wieder wie Affekte, Impulsivität, erhöhte Reagibilität, Hyperaktivität oder Aufmerksamkeit.

- *Methoden der Datengewinnung*. Zur Erfassung der relevanten Informationen stehen Ratingskalen zur Psychopathologie zur Verfügung, diagnostische Interviews sowie allgemeine und neuropsychologische Leistungstests. Bei den apparativen Verfahren sind vor allem Methoden der Bildgebung zu nennen (vgl. Krause & Krause, 2005), wobei diese bisher vor allem im Kontext der Forschung von Bedeutung sind.

Da die Diagnose einer ADHS bei den meisten Patienten retrospektiv gestellt werden muss, weil die Störung in der Vergangenheit bisher nicht diagnostiziert wurde, kommt vor allem *den verschiedenen Datenquellen* eine besondere Funktion zu. In Tabelle 2 sind die für die Diagnose relevanten Datenquellen zusammengefasst.

Auf einige Aspekte sei an dieser Stelle besonders hingewiesen. Nach Weiss und Murphy (2003) kommt vor allem den Informationen, die man aus *Schulunterlagen* entnehmen kann, eine besondere Bedeutung zu. Vor allem Zeugnisse sind hier zu nennen. Dabei sind weniger die Schulnoten von Bedeutung, als vielmehr schriftlich Kommentare und Anmerkungen. Zu achten ist auf Hinweise bezüglich die Aufmerksamkeit und Konzentration (z. B. Tagträumer, kann Aufmerksamkeit nicht fokussieren), Aktivitätsniveau (z. B. steht im Unterricht immer auf, kann nicht stillsitzen) oder Impulsivität (z. B. stört, unterbricht andere, kann nicht warten bis an der Reihe).

Weiterhin von großer Bedeutung sind die *Informationen von Dritten*. Idealerweise sollten Informationen eingeholt werden von Personen, die den Patienten aktuell gut kennen (z. B. Partner, Eltern, enge Freunde, Geschwister) sowie von Personen, die den Patienten als Kind gut gekannt haben (z. B. Eltern, Onkel, Tante, ältere Geschwister). Im Einzelfall muss man jedoch darauf verzichten, da derartige Personen nicht zur Verfügung stehen oder der Patient nicht einverstanden ist, andere zu befragen.

Wie in der Diagnostik sonst auch kommt vor allem der *Relation von Selbst- und Fremdbeurteilung* eine besondere Funktion zu. Aufgrund einer Vielzahl von Methodenstudien konvergieren die Ergebnisse dazu heute derart, dass sich beide nicht ersetzen, sondern ihnen eine komplementäre Funktion zukommt (Baumann & Stieglitz, 2001). Achenbach, Krukowski, Dumenci und Ivanova (2005) fanden in einer allgemeinen Metaanalyse von 108 Studien, dass selbst parallele Instrumente, das heißt Instrumente gleichen Inhalts, durchschnittlich maximal in mittlerer Größenordnung korrelieren (Substanzstörungen $r_m = .68$, internalisierte Störungen $r_m = .42$, externalisierte Störungen $r_m = .44$), nicht parallele Instrumente sogar noch deutlich niedriger ($r_m = .30$). Selbst- und Fremdbeurteilungen erlauben aus unterschiedlichen Perspektiven spezifische Aspekte der jeweils interessierenden Störung abzubilden. In Studien dagegen werden in der Regel als Hauptoutcomekriterien Fremdbeurteilungsverfahren gewählt, da sie unter anderem ein differenzierteres Bild psychischer Beeinträchtigung zu erfassen erlauben, änderungssensitiver und auch bei schwereren Störungsgraden einsetzbar sind. Bezüglich des Stellenwertes von Selbst- und Fremdbeurteilung im Kontext der ADHS-Diagnostik sei noch auf einige spezielle Aspekte hingewiesen. In der klinischen Praxis zeigt sich nach Murphy und Gordon (1998) oft, dass auch hier unterschiedliche *Datenquellen nicht übereinstimmen*. Bedeutende Unterschiede können auftreten zwischen Patient, Eltern und Angehörigen in der Bewertung der ADHS-Symptome oder in der Wahrnehmung der Stärke der dadurch resultierenden Beeinträchtigungen. So geben Eltern von erwachsenen ADHS-Patienten oft weniger Symptome an als dieser selbst. Verschiedene Gründe können hierfür verantwortlich sein wie einfaches Vergessen bezüglich der lange zurückliegenden Pathologie. Andere mögliche Erklärungen können sein, dass kulturelle Faktoren, Schuldgefühle oder relativ weniger deutliche Beeinträchtigungen im Vergleich zu Geschwistern hierfür verantwortlich sind.

Auch wenn der Selbstbeurteilung eine zentrale Funktion zukommt, wird ihr Stellenwert und ihre Aussagekraft in der Literatur gegenwärtig noch kontrovers diskutiert. Auf einige interessante methodische Aspekte sei an dieser Stelle kurz hingewiesen. Murphy und Schachar (2000) verglichen in zwei Methodenstudien jeweils Selbst- und Fremdbeurteilung. Sie fanden insgesamt hohe Korrelationen (Bereich .54–.85) und schlossen daraus, dass Patienten vergangene wie aktuelle ADHS-Symptomatik relativ zuverlässig bewerten können. Ähnliche Resultate fanden Rösler et al. (2004) für eine ADHS-Selbstratingskala, die mit einem ADHS-Expertenrating (ADHS-DC) verglichen wurde. Beide Skalen beinhalten die 18 Diagnosekriterien von DSM-IV. Die Intraklassenkorrelationen auf Kriterienebene lagen im Bereich von .41–.92, für die Bereiche Aufmerksamkeitsdefizit, Hyperaktivität und Impulsivität zwischen .75 und .84. Der Gesamtwert betrug .87. Barkley, Fischer, Smallish & Fletcher (2002) schlossen aus den Ergebnissen ihrer methodisch orientierten Verlaufsstudie jedoch, dass man bezüglich retrospektiver Selbstberichte eher vorsich-

tig sein sollte. Bisherige Follow-Up-Studien scheinen die Persistenz der ADHS im Erwachsenenalter eher unterschätzt zu haben. Bezogen auf die aktuelle Situation konnten Knouse, Bagwell, Barkley & Murphy (2005) in einer Studie, in der es um den Zusammenhang von ADHS und Fahrverhalten ging, dagegen zeigen, dass ADHS-Patienten sowohl unter Laborbedingungen als auch im naturalistischen Setting ihre Leistungen eher überschätzten. Glutting, Youngstrom & Watkins (2005) untersuchten die Dimensionalität der ADHS-Symptomatik in der Selbst- und Fremdbeurteilung (Patienten und Eltern als Datenquellen). Es zeigte sich dabei in der Selbstbeurteilung eine dreidimensionale Lösung (Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität), in der Fremdbeurteilung jedoch nur eine zweidimensionale Lösung (Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität/Impulsivität), das heißt Patienten scheinen im Gegensatz zu anderen psychischen Störungen besser als Dritte in der Lage zu sein, zwischen verschiedenen Aspekten ihrer Störung zu differenzieren. Auch wenn es sich bei der ADHS um eine klinische Diagnose handelt, kommt der diagnostische Prozess nicht ohne diagnostische Instrumente aus. Die nachfolgend vorgestellten Instrumente können jeweils einen wichtigen Beitrag dazu liefern.

Untersuchungsinstrumente

Bei der Bewertung und Einschätzung einer ADHS sollten folgende Grundfragen geklärt werden (Murphy & Gordon, 1998):

1. Gibt es klare Hinweise darauf, dass die ADHS-typischen Symptome bereits in der Kindheit aufgetreten sind?
2. Gibt es klare Hinweise darauf, dass durch die ADHS-Symptome für den Patienten bedeutsame und konsistente Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktionsbereichen aufgetreten sind?
3. Gibt es andere Erklärungen für die ADHS, die das klinische Bild besser verständlich machen?
4. Für die Patienten, die die Kriterien einer ADHS erfüllen: Gibt es Hinweise darauf, dass weitere komorbide Störungen vorliegen?

Für alle der hier genannten Fragestellungen stehen dem Untersucher zwischenzeitlich entsprechende Verfahren zur Verfügung. Das *klinische Interview* als Kernstück der diagnostischen Erfassung ist der kritische Part im Gesamtkontext des Assessments. Es handelt sich dabei um eine ausführliche Erfassung verschiedener Komponenten der vergangenen und aktuellen Lebenssituation. Folgende Aspekte sollten mindestens darin enthalten sein: Erfassung der Symptomatologie, Entwicklungsgeschichte und Erfassung körperlicher Erkrankungen, Schul- und Arbeitsgeschichte, psychiatrische Vorerkrankungen inkl. verschriebene Medikation, Dosierung und Response, soziale Anpassung, familiäre Belastung bezüglich ADHS oder anderer psychischer Er-

Tabelle 3
Selbstbeurteilungsverfahren für Erwachsene

Bezeichnung (Abkürzung, Autoren)	Kennzeichen	Gütekriterien ¹⁾		Zeitaufwand (min)	Interpretation ²⁾
		Reliabilität	Validität		
Adult-ADHD-Self-Report-Scale-v1.1(ASRS-v1.1; WHO) bzw. ASRS-V1.1. Screener (u. a. in Krause & Krause, 2005)	18 an DSM-IV orientierte Fragen	+	+	5–10	+
ADHS-Selbstbeurteilung (ADHS-SB; Rösler et al., 2004)	18 an DSM-IV und ICD-10 orientierte Aussagen + 4 Zusatzvariablen	+	+	5–10	+
Wender Utah Rating Scale Kurzform (WURS-k; Retz-Junginger et al., 2002, 2003)	Aus der WURS von Wender abgeleitete Kurzform, 25 Items	+	+	5–10	Ø

¹⁾+: ausreichend vorhanden; Ø: Hinweise auf Testgüte vorhanden, aber weitere Überprüfungen notwendig bzw. nicht für deutschsprachigen Bereich vorhanden. ²⁾+: Normen oder Cut-Off-Werte vorhanden; -: nicht vorhanden

Tabelle 4
Fremdbeurteilungsverfahren, Checklisten und Interviews für Erwachsene

Bezeichnung (Abkürzung, Autoren)	Kennzeichen	Gütekriterien ¹⁾		Zeitaufwand (min)	Interpretation ²⁾
		Reliabilität	Validität		
Wender-Reimher-Interview (WIR; Rösler et al., im Druck)	Interview orientiert an 7 Dimensionen der adulten ADHS nach Wender & Reimher; Interview	+	+	30	+
Diagnosen Checkliste ADHS (ADHS-CL; Rösler et al., im Druck)	an ICD-10 und DSM-IV orientierte Checkliste	+	+	20	Ø

¹⁾+: ausreichend vorhanden; Ø: Hinweise auf Testgüte vorhanden, aber weitere Überprüfungen notwendig bzw. nicht für deutschsprachigen Bereich vorhanden. ²⁾+: Normen oder Cut-Off-Werte vorhanden; -: nicht vorhanden

krankungen, Gesetzesüberschreitungen und allgemeines Funktionsniveau im Alltag. Zur Erfassung der Vorgeschichte und der aktuellen Anamnese steht eine Reihe von Hilfsmitteln zur Verfügung, zum Beispiel in Form von Anamnese-schemata. Das bekannteste ist das von Barkley (1998). Es beinhaltet u. a. die Erfassung der familiären Geschichte, der schulischen Entwicklung und der familiären psychiatrischen Geschichte. Obwohl es primär für den Bereich der Kinder und Jugendlichen konzipiert wurde, kann es auch mit großem Nutzen im Erwachsenenbereich eingesetzt werden.

Zur Diagnosefindung und Stützung sowie Quantifizierung des Schweregrades kommt vor allem folgenden Verfahrengruppen eine besondere Bedeutung zu: Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren sowie diagnostische Interviews. Von der Vielzahl zwischenzeitlich verfügbarer Verfahren sind in die nachfolgenden Tabellen nur solche aufgenommen, von denen zumindest auf Deutsch verfügbare und publizierte Übersetzungen vorliegen. Für lediglich auf Englisch verfügbare Instrumente sei auf entsprechende Übersichten verwiesen (vgl. Murphy & Gordon, 1998; Weiss et al., 1999; Barkley, 1998). Obwohl bisher keine autorisierten deutschsprachigen Versionen vorliegen, sei an dieser Stelle kurz auf die so genannten *Conners- und Brown-Skalen* hingewiesen, die in der Literatur immer wieder genannt werden und in inoffiziellen Versionen auch im deutschen Sprachbereich oft Anwendung finden. Von der Arbeitsgruppe um Conners (Conners, Ehrhard & Sparrow, 1999) wurden eine Reihe von Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren für den Erwachsenenbereich

vorgelegt (u. a. Kurz- und Langversionen, Screeninginstrumente). Sie orientieren sich am DSM-IV und ermöglichen vielfältige Auswertungen auf kategorialer und dimensionaler Ebene. Ergänzend zu diesen Ratingskalen liegt auch ein diagnostisches Interview vor (Epstein, Johnson & Conners, 2001), was sich gleichfalls an DSM-IV orientiert. Ebenfalls eine ganze Gruppe von Instrumenten wurde von Brown vorgelegt (Brown, 1996). Es beinhaltet Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen und Interviews für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Sowohl für die Conners- als auch Brownskalen liegen bisher leider keine deutschen Versionen vor, die validiert worden sind.

Bei den Ratingskalen sind solche zu unterscheiden, bei denen es um die retrospektive Erfassung der Symptomatik geht und solche, bei denen es um die aktuelle Symptomatik geht. In Tabelle 3 finden sich *Selbstbeurteilungsverfahren*. Wenn nicht bereits ein konkreter Verdacht besteht bzw. Patienten nicht selbst mit dem Anliegen einer Abklärung kommen, bietet sich zunächst der Einsatz von so genannten Screening-Verfahren an. Diese dienen dazu, «Risiko-Personen» herauszufiltern, die dann genauer weiter untersucht werden. In der nächsten Phase des diagnostischen Prozesses können dann weitere Selbstbeurteilungsverfahren eingesetzt werden.

Bewährte *Fremdbeurteilungsverfahren* im Kontext der ADHS-Diagnostik finden sich in Tabelle 4. Diese lassen sich danach unterscheiden, inwieweit sie retrospektive Erfassungen ermöglichen oder die aktuelle Störung und deren Schweregrad zu erfassen erlauben. Zur Reduktion der

Tabelle 5
Diagnostische Interviews zur Erfassung der ADHS und komorbider Störungen

	Verfahren (Abk., Autoren)	Kennzeichen	Dt.	Klassifikationssystem
ADHS-spezifisch	Wender-Reimher-Interview (WRI; Rösler et al., im Druck)	Strukturiertes Interview	ja	Keines
Allgemein ¹⁾	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I und -II; dt. Wittchen et al., Fydrich et al.)	Strukturiertes Interview	ja	DSM-IV
	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN; dt. van Gülick et al.)	Strukturiertes Interview	ja	ICD-10
	Diagnostisches Expertensystem (DIA-X; Wittchen & Pfister)	Standardisiertes Interview	ja	ICD-10/DSM-IV
	Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen (DIPS; Margraf et al.)	Strukturiertes Interview	ja	DSM-III-R/DSM-IV

¹⁾nähere Angaben zu den Verfahren in Stieglitz, Baumann und Freyberger (2001)

Tabelle 6
Klinisch relevante Bereiche im Kontext der ADHS-Diagnostik (Auswahl)¹⁾

Bereich	Verfahren (Abk., Autoren)	Kennzeichen
Allgemeine Psychopathologie	Symptom Checkliste (SCL-90-R; Franke et al.)	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbeurteilung • 90 Items • 9 Dimensionen unterschiedlicher Beeinträchtigungen • 3 Globalwerte
	Beck Depressionsinventar (BDI, Hautzinger et al.)	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbeurteilung • 21 Items • Gesamtwert
	Bech-Rafaelsen Melancholie Skala (BRMS; Stieglitz et al.)	<ul style="list-style-type: none"> • Fremdbeurteilung • 11 Items • Gesamtwert Depressivität
	Beck Angstinventar (BAI; Beck et al.)	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbeurteilung • 21 Items • Gesamtwert
Globalbewertung	Clinical Global Impressions (CGI)	<ul style="list-style-type: none"> • Fremdbeurteilung • Globalskala Schwere • Globalskala Veränderung
Beeinträchtigungen und Behinderungen	Sheehan Disability Scale (SDS; Sheehan)	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbeurteilung • 3 Items (sozialer Bereich, Arbeit, Familie)
Partnerschaft	Fragebogen zur Partnerschafts-Diagnostik (FPD; Hahlweg et al.)	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbeurteilung • 53 Items • 4 Skalen und eine Globalskala
Persönlichkeitsaspekte	I7-Fragebogen (I7; Eysenck et al.)	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbeurteilung • 3 Dimensionen (Impulsivität, Waghalsigkeit, Empathie)
Soziale Anpassung	Skala zur Erfassung des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus (SOFAS; Sass et al.)	<ul style="list-style-type: none"> • Fremdbeurteilung • Globalskala des DSM-IV (optional)
Lebensqualität	World Health Organisation Quality of Life Assessment Instrument (WHO-QOL-100; WHO)	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbeurteilung • 100 Items • 6 Skalen
	SF-36 Health Survey (SF-36; Bullinger & Kirchberger)	<ul style="list-style-type: none"> • Selbst- und Fremdbeurteilung • 36 Items • 8 Skalen

¹⁾nähere Angaben zu den Verfahren in Stieglitz et al. (2001)

Hauptfehlerquellen im diagnostischen Prozess, der Beobachtungs- und Informationsvarianz, hat sich der Einsatz von *Interviews* bewährt (Stieglitz, 2000). Durch Bereitstellung von Fragen bezogen auf einzelne diagnostische Kriterien wird die Informationsvarianz reduziert, durch Anweisungen zur Bewertung der erhobenen Informationen wird die Beobachtungsvarianz reduziert. Die Interviews dienen entweder zur Diagnose der ADHS oder der komorbiden Störungen. Für die Absicherung der Diagnose der ADHS liegt auf deutsch bisher nur das WRI vor.

Komorbidität bei ADHS scheint aufgrund bisher vorliegender epidemiologischer Studien eher die Regel als die Ausnahme zu sein (vgl. auch Rösler & Retz; sowie Schmidt et al. in diesem Heft). Auch zur Erfassung von Komorbiditäten hat sich eine Reihe von strukturierten und standardisierten Interviews bewährt, wie sie ebenfalls in Tabelle 5 enthalten sind.

Neben der ADHS-Symptomatik im engeren Sinne und der möglichen komorbiden Störungen sind *weitere Bereiche* zu berücksichtigen, wie sie in Tabelle 6 aufgeführt sind. Hilfreich zur umfassenden Beschreibung der Problematik haben sich allgemeine Psychopathologieskalen erwiesen wie zum Beispiel die SCL-90-R als mehrdimensionales Verfahren oder syndromspezifische Verfahren zur Erfassung zum Beispiel des Schweregrades der Depressivität. Da die ADHS mit vielfältigen Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebensbereichen verbunden ist, sollten auch diese hinreichend breit und differenziert erfasst werden. Dies gilt einerseits für die Beeinflussung der Lebensqualität, besonders jedoch für die Bewertung der Einschränkungen in unterschiedlichen Lebensbereichen (Arbeit, Partnerschaft, Familien etc.). Auch an habituelle Aspekte der Persönlichkeit ist im Kontext der ADHS zu denken (z. B. Impulsivität, Waghalsigkeit).

Eine *testpsychologische Untersuchung* (allgemeine bzw. neuropsychologische Leistungsuntersuchung) kann einen bedeutsamen Teil in der klinischen Erfassung darstellen, jedoch bei der Interpretation sollte Vorsicht walten. Bisherige Studien konnten zeigen, dass kein einzelner Test oder keine Testbatterie eine prädiktive Validität oder Spezifität bezüglich der reliablen Erfassung einer ADHS hatte. Psychologische Testungen alleine können nie die Basis für eine ADHS-Diagnose darstellen, sie liefern jedoch im Einzelfall Hinweise auf den Grad von Beeinträchtigungen wie Daueraufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis oder Exekutivfunktionen. Hier können die gängigen Verfahren der neuropsychologischen Diagnostik Anwendung finden (vgl. Barkley, 1998).

Fazit und Perspektiven

Obwohl die Diagnostik der adulten ADHS eher eine junge Geschichte hat, liegt zwischenzeitlich eine Vielzahl diagnostischer Instrumente vor, die als wichtige Bausteine einer zuverlässigen ADHS-Diagnose dienen. Da die ADHS-Di-

agnose letztlich eine klinische Diagnose ist, kommt Untersuchungsinstrumenten ergänzend zur umfassenden Anamnese eine wichtige Funktion zu. Wie bei anderen Störungsgruppen ist auch hier darauf hinzuweisen, dass alleine aufgrund einer Selbstbeurteilung die Diagnose nicht zu stellen ist, das heißt weder aufgrund von Selbstaussagen alleine noch durch Selbstbeurteilungsverfahren.

Auch wenn heute bereits viele Verfahren zur Verfügung stehen, sind gegenwärtig noch folgende Defizite zu konstatieren:

- keine offiziellen, allgemein akzeptierten Leitlinien bezüglich diagnostischer Instrumente,
- keine Verfahren zur Erfassung von Veränderungen,
- keine Normen für repräsentative Stichproben Gesunder und klinischer Populationen.

Unabhängig von den Instrumenten gilt es, die bereits mehrfach angesprochene Forderung der Adaptation der diagnostischen Kriterien an das Erwachsenenalter bei Revision der aktuellen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV zu berücksichtigen. Da deren Einführung ca. 2011 ansteht, bleibt hierfür noch genügend Zeit. Im Hinblick auf die Vergleichbarkeit und Generalisierbarkeit von Studienergebnissen sowohl von Verlaufs- als auch Therapiestudien wäre zudem eine standardisierte Untersuchungsbatterie wünschenswert, wobei vor allem auch eine Vereinheitlichung bezüglich des Hauptoutcomes anzustreben ist.

Literatur

- Achenbach, T. M., Krukowski, R. A., Dumenci, L. & Ivanova, M. Y. (2005). Assessment of adult psychopathology: Meta-analyses and implications of cross-informant correlations. *Psychological Bulletin*, *131*, 361–382.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment* (2nd edition). New York: Guilford.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L. & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*, 279–289.
- Baumann, U. & Stieglitz, R.-D. (2001). Psychodiagnostik psychischer Störungen: Allgemeine Grundlagen. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (S. 3–20). Stuttgart: Thieme.
- Biederman, J. (2004). Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(suppl. 3), 3–7.
- Brown, T. E. (1996). *Brown attention deficit scales*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Conners, C. K., Ehrhard, D. & Sparrow, D. (1999). *CAARS' Adult ADHD Rating Scales (CAARS)*. New York: Multi-Health Systems.
- Epstein, J., Johnson, D. E. & Conners, C. K. (2001). *Conners'*

- Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)*. New York: Multi-Health Systems.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Feighner, J. A. & Monuteaux, M. C. (2000). Assessing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: Which is more valid? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 830–842.
- Freyberger, H. J., Ermer, A. & Stieglitz, R.-D. (2002). Psychische Untersuchung und Befunderhebung. In H. J. Freyberger, W. Schneider & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin* (S. 2–16). Basel: Karger.
- Glutting, J. J., Youngstrom, E. A. & Watkins, M. W. (2005). ADHD and college students: Exploratory and confirmatory factor structures with student and parent data. *Psychological Assessment*, 17, 44–55.
- Knouse, L. E., Bagwell, C. L., Barkley, R. A. & Murphy, K. R. (2005). Accuracy of self-evaluation in adults with ADHD. Evidence from a driving study. *Journal of Attention Disorders*, 8, 221–234.
- Krause, J. & Krause, K.-H. (2005). *ADHS im Erwachsenenalter* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Murphy, K. R. & Gordon, M. (1998). Assessment of adults with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder* (pp. 345–369). New York: Guilford.
- Murphy, P. & Schachar, R. (2000). Use of self-ratings in the assessment of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1156–1159.
- Retz-Junginger, P., Retz, W., Blocher, D., Weijers, H. G., Tritt, G. E., Wender, P. H. & Rösler, M. (2002). Wender Utah Rating Scale (WURS-k): Die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Nervenarzt*, 73, 830–838.
- Retz-Junginger, P., Retz, W., Blocher, D., Stieglitz, R.-D., Supprian, T., Wender, P. H. & Rösler, M. (2003). Reliabilität und Validität der Wender-Utah-Rating-Scale-Kurzform. *Nervenarzt*, 74, 987–993.
- Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Thome, J., Supprian, T., Nissen, T., Stieglitz, R.-D., Blocher, D., Henges, G. & Trott, G. E. (2004). Instrumente zur Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter: Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB) und Diagnose Checkliste (ADHS-CL). *Nervenarzt*, 75, 888–895.
- Rösler, M., Retz-Junginger, P., Retz, W. & Stieglitz, R.-D. (2006a, im Druck). *Skalen zur Diagnostik der Adulten Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (SKADAA)*. Göttingen: Hogrefe.
- Rösler, M., Retz, W., Thome, J., Schneider, M., Stieglitz, R.-D. & Falkai, P. (2006b, in press). Psychopathological rating scales for the diagnostic use in adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*.
- Stieglitz, R.-D. (2000). *Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Stieglitz, R.-D., Baumann, U. & Freyberger, H. J. (Hrsg.) (2001). *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Weiss, M., Trokenberg Hechtman, L. & Weiss, G. (1999). *ADHD in adulthood: A guide to current theory, diagnosis, and treatment*. Baltimore: John Hopkins University.
- Weiss, M. & Murray, C. (2003). Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Canadian Medical Association Journal*, 186, 715–722.
- Wender, P. H. (1995). *Adult attention deficit hyperactivity disorder*. Oxford: University Press.

Prof. Dr. rer. nat. Rolf-Dieter Stieglitz, Dipl.-Psych.

Psychiatrische Poliklinik
 Universitätsspital Basel
 Petersgraben 4
 CH-4031 Basel
 E-Mail rstieglitz@uhbs.ch

Prof. Dr. med. Michael Rösler

Neurozentrum – IGPUP
 Universitätsklinikum des Saarlandes
 Kirrberger Str.
 D-66421 Homburg/Saar
 E-Mail michael.roesler@uniklinikum-saarland.de

CME-Fragen

- Welche Untersuchungsinstrumente finden zur Diagnosestellung der ADHS Anwendung?
 - Selbstbeurteilungsverfahren
 - Fremdbeurteilungsverfahren
 - Interviews
 - Projektive Tests
 - Persönlichkeitstests

A Nur Antwort 1 ist richtig.
 B Antworten 1 und 2 sind richtig.
 C Antworten 1, 2 und 3 sind richtig.
 D Antworten 1, 2 und 5 sind richtig.
 E Alle Antworten sind richtig.
- Welche Antwort ist falsch?
 - Zur Diagnosestellung einer ADHS im Erwachsenenalter reichen alleine Selbstbeurteilungsverfahren aus.
 - Die Anamnese spielt bei der Diagnosestellung der ADHS im Erwachsenenalter eine wichtige Rolle.
 - Leistungstests und neuropsychologische Untersuchungen können bei der Diagnosestellung der ADHS im Erwachsenenalter wichtige ergänzende Informationen liefern.
 - Strukturierte und standardisierte Interviews sind hilfreich zur Erfassung komorbider Störungen.
 - Anamneseschemata erleichtern die notwendige umfangreiche Informationserhebung.

3. Welche Probleme stellen sich bei Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter?

1. Retrospektive Angaben sind fehlerbehaftet.
2. Jede Datenquelle für sich liefert spezifische, aber alleine nicht ausreichende Informationen zur Diagnosestellung.
3. Die lebenslang vorhandene Symptomatik macht es dem Patienten manchmal schwer, diese als solche zu identifizieren.
4. Oft stehen keine Fremdbeurteilungen zu Verfügung.
5. Selbst- und Fremdbeurteilungen stimmen oft nicht vollständig überein.

- A Nur Antwort 1 ist richtig.
- B Antworten 1 und 2 sind richtig.
- C Antworten 1, 2 und 3 sind richtig.
- D Antworten 1, 2, 3 und 4 sind richtig.
- E Alle Antworten sind richtig.

4. Welche Datenquellen können bei der Diagnosestellung einer ADHS im Erwachsenenalter berücksichtigt werden?

1. Patient
2. Angehörige, Partner
3. Freunde, Bekannte
4. Zeugnisse
5. Raterurteile

- A Nur Antwort 1 ist richtig.
- B Antworten 1 und 2 sind richtig.
- C Antworten 1, 2 und 3 sind richtig.
- D Antworten 1, 2, 3 und 4 sind richtig.
- E Alle Antworten sind richtig.

5 Welche Antwort ist richtig?

1. Neben der spezifischen ADHS-Symptomatik ist auch die allgemeine Psychopathologie zu erfassen.
2. Der Untersucher muss sich auch ein Bild über die durch die Symptomatik resultierenden Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktionsbereichen machen.
3. Durch die lebenslang bestehende Symptomatik ist oft die Lebensqualität beeinträchtigt.
4. Bei in Beziehungen lebenden Patienten sollte die Erfassung und Beurteilung der Partnerschaft unbedingt erfolgen.
5. Bei ADHS-Patienten wirkt sich die Symptomatik oft auf die berufliche Situation aus (z. B. häufiger Stellenwechsel, Abbruch von Ausbildungen).

- A Nur Antwort 1 ist richtig.
- B Antworten 1 und 3 sind richtig.
- C Antworten 1, 2 und 3 sind richtig.
- D Antworten 1, 2, 3 und 5 sind richtig.
- E Alle Antworten sind richtig.

Um Ihr CME-Zertifikat zu erhalten, schicken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen mit einem frankierten Rückumschlag an:

Dr. Sandra Winkel
 Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation
 der Universität Bremen
 Grazer Str. 2 und 6
 D-28359 Bremen

FORTBILDUNGSZERTIFIKAT

Die Ärztekammer Niedersachsen erkennt hiermit 1 Fortbildungspunkt an.

Stempel

Zeitschrift für Psychiatrie,
 Psychologie und
 Psychotherapie (ZPPP)

Verlag Hans Huber

Datum Unterschrift

Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter

Die Antworten bitte deutlich ankreuzen!

	1	2	3	4	5
A.	<input type="checkbox"/>				
B.	<input type="checkbox"/>				
C.	<input type="checkbox"/>				
D.	<input type="checkbox"/>				
E.	<input type="checkbox"/>				

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Name

Berufsbezeichnung, Titel

Straße, Nr.

PLZ, Ort