



Z.E.N./C.D.N.

ADHS

Differentialdiagnose, Comorbidität und Therapie bei Kindern und Jugendlichen

unter besonderer Berücksichtigung der Bipolaren Störung

Dr. med. R.-I. Hassink
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
spez. Neuropädiatrie
Chefarzt Z.E.N., Kloosweg 22, 2502 Biel



„Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ (ADHD) (nach DSM-IV)

„Aufmerksamkeits-Defizit-Störung (ADS)
- mit Hyperaktivität (ADS+H)
- ohne Hyperaktivität (ADS-H)

„Hyperkinetische Störung“ (HKS)
(nach ICD-10)



Z.E.N./C.D.N.

Internationale Erklärungen

Häufigste & kontroverseste Störung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

(ca. 20 % - 30 % aller Neuvorstellungen am Z.E.N.)

- Kein klares Störungsbild - keine klare Entität!
- Eine der schwierigsten Diagnosen in der Pädiatrie
- Achtung: Modediagnose !



Z.E.N./C.D.N.

ADHS im Internet

www.adhs.ch

www.medshape.com/resource/adhd

www.ads-web.de

www.myadhd.com



Z.E.N./C.D.N.

Die zwei ADHS- Typen:

A D S mit Hyperaktivität (A D S + H)

- „Zappelphilippe“ nerven ihre Umwelt durch ihr unkontrollierbares, impulsives unberechenbares Verhalten

A D S ohne Hyperaktivität (A D S - H)

- „Träumer“ machen es ihrer Umwelt schwer durch ihre ständige geistige Abwesenheit



Z.E.N./C.D.N.

Die zwei ADHS - Typen:

A D S mit Hyperaktivität (A D S + H)

A D S ohne Hyperaktivität (A D S - H)

- Beide haben es schwer, weil ihre Mitmenschen sie nicht verstehen und deshalb nicht richtig auf sie eingehen können
- Beide möchten ihr Bestes geben. Aber wegen ihres ADS schaffen sie nicht ohne Hilfe, was sie sich vornehmen - auch wenn sie noch so intelligent sind



Z.E.N./C.D.N.

ADHS - Kinder

haben eine andere Art,

Informationen aufzunehmen, zu sortieren, zu

verarbeiten und abzuspeichern - und deshalb

reagieren sie bei bestimmten Aufforderungen so

anders.



Z.E.N./C.D.N.

Neurobiologie

- **Regionen:**
 - frontaler Cortex
 - Basalganglien (Striatum, N. Caudatus)
 - motorische, kognitive und limbische Regelkreise
 - Thalamus
 - Kleinhirn (Vermis – hoher Dopamingehalt)
- Alle diese Regionen regulieren das Verhalten, auch als exekutive Funktionen zusammengefasst.



Z.E.N./C.D.N.

Neurobiologie

- Striataler Filter funktioniert nicht !
- „response inhibition“ (Reaktionshemmung)
(Russell Barkly)



Wenn man das weiss, dann weiss man auch, was ADHS nicht ist :

ADHS ist

- kein Erziehungsproblem
- keine Bösartigkeit
- kein schlechter Charakter
- keine Dummheit



Z.E.N./C.D.N.

Kardinalsymptome des ADHS

(Basierend auf den Kriterien des „Diagnostic and statistical Manual of the American Psychiatric Association = **DSM-IV** (= 4. Auflage)).

6 (oder mehr) der folgenden Symptome von

Unaufmerksamkeit

(A1) und/oder 6 (oder mehr) der Symptome der

Hyperaktivität und Impulsivität (A2) sind während der

letzten 6 Monate in einem mit dem Entwicklungsstand des

Kindes nicht zu vereinbarenden und **unangemessenen**

Ausmass vorhanden gewesen



Z.E.N./C.D.N.

Unaufmerksamkeit (A1):

- beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten
- hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten
- scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen



Z.E.N./C.D.N.

Unaufmerksamkeit (A1):

- führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder Verständigungsschwierigkeiten)
- hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren



Z.E.N./C.D.N.

Unaufmerksamkeit (A1):

- vermeidet häufig oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger dauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben)
- verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug)
- lässt sich oft durch äussere Reize leicht ablenken
- ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich



Z.E.N./C.D.N.

Hyperaktivität (A2) :

- zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum
- steht in der Klasse oder in Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, häufig auf
- läuft herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)
- hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen
- ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“
- redet häufig übermäßig viel



Z.E.N./C.D.N.

Impulsivität:

- platzt häufig mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist
- kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist
- unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein)



Z.E.N./C.D.N.

DSM-IV-Kriterien

B

Einige Symptome der Hyperaktivität/Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von 7 Jahren auf.

C

Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z. B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz und zu Hause).

D

Es müssen deutliche Hinweise auf klinische bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen vorhanden sein.

E

Die Symptome treten nicht ausschliesslich im Verlauf einer sog. tiefgreifenden Entwicklungsstörung (z.B. Autismus), einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden.



Z.E.N./C.D.N.

Häufigkeit des ADHS

- Prävalenz in CH: 6 %
- je nach Studienbedingungen und Berücksichtigung des „hyperaktiven, unkonzentrierten“ Typus: 2-18% (kulturelle Unterschiede)
- bei 50-80% aller Betroffenen zeigen sich auch noch im Erwachsenenalter klinisch relevante Symptome des ADHS
- neuere Studien: annähernd gleiche Geschlechtsverteilung (frühere Studien: Jungen 3-10 x häufiger betroffen)



Z.E.N./C.D.N.

Ursachen des ADHS

- **Genetische Faktoren** (angeborener Fehler im Neurotransmitter-Stoffwechsel)

(„Genetische Auffälligkeiten“, „genetische Verwundbarkeit“: der Einfluss der Umgebung entscheidet darüber, ob und wie stark sich die Anlage zum ADHS als wirkliche Störung entfaltet)



Z.E.N./C.D.N.

Genetik

- Zwillings-, Adoptions- und Familienstudien legen Dominanz genetischer Faktoren bei ADHS nahe
- Anzahl & Lokalisation relevanter Gene sowie Transmissionsmodus noch unklar
- DRD4, DAT I - Gene
- Interaktion mit Umweltfaktoren unklar



Z.E.N./C.D.N.

Familiarität

Geschwisterstudien

ADHS-Risiko für Geschwister (20.8%) im Vergleich
Häufigkeit bei Geschwistern von gesunden Kindern (5.6%)
(Biedermann et al., 1992)

Zwillingsstudien

82 % Konkordanz
(z.B. bei Schizophrenie 50 %)

Adoptionsstudien

7.5% der biologischen Eltern von Patienten hatten ADHS, aber nur
2.1% der Adoptiveltern
(Morrison & Stewart, 1973)
(Cantwell 1972; 1975, Oord et al., 1994)



Z.E.N./C.D.N.

Ursachen des ADHS

- vermutete, aber nicht bewiesene Ursachen:
 - Rauchen- und Alkoholgenuss der Mutter in der Schwangerschaft, Unterernährung des Säuglings, Probleme vor/während/nach der Geburt (z. B. Atemprobleme, Frühgeburtlichkeit)
 - „allergologische Hypothese“; Unverträglichkeit gegenüber bestimmten Nahrungsmitteln und -zusätzen
 - „Misfit“ zwischen Kind und Umwelt (R. Largo)



Z.E.N./C.D.N.

Der Weg zur Diagnose

Wo hört das „ein bisschen zu unruhig, zu unkonzentriert“ auf - und wo fängt das neurobiologische Syndrom ADHS an?

Es gibt keinen einzelnen Test, kein Testverfahren, mit dem allein die objektive Diagnose ADHS möglich wäre.



Z.E.N./C.D.N.

Der Weg zur Diagnose

- Kriterien des DSM-IV
- entscheidend für die Diagnose ist ein Gesamtbild des Kindes:
 - das sorgfältige Erheben der Stärken und Schwächen
 - die bisherige Lebensgeschichte (persönliche Anamnese)
 - Verhaltensanamnese (ergänzt durch standardisierte Fragebögen)
 - soziale- und Familienanamnese



Z.E.N./C.D.N.

Der Weg zur Diagnose

- detaillierte kinderärztliche (internistische) Untersuchung
 - evt. kinderneurologische / kinderpsychiatrische Untersuchung
 - detaillierte testpsychologische/neuropsychologische Untersuchung
 - **Verlauf der Symptomatik** unter dem individuellen Behandlungs-Konzept
- es gilt Krankheiten auszuschliessen, die sich hinter einem unaufmerksamen, hyper- oder hypoaktivem Verhalten verbergen können!**



Z.E.N./C.D.N.

Differentialdiagnose ADHS

- **Epilepsien** (Absenzenepilepsie, Frontallappen-Epilepsie, Temporallappenepilepsie, Landau-Kleffer-Syndrom, benigne Epilepsie des Kindesalter)
- **Schlafprobleme**, (obstruktives) **Schlaf-Apnoe-Syndrom** (z. B. bei Adenoidhyperplasie)
- **Stoffwechsel-, endokrinologische Störungen** (Schilddrüsenfunktionsstörungen; Magnesium-Mangel, Eisenmangelsyndrom, Mukopolysaccharidosen, M. Wilson)



Z.E.N./C.D.N.

Differentialdiagnose ADHS

- (spez.) **Entwicklungsrückstände**, -verzögerungen, geistige Behinderung
- (spez.) **Wahrnehmungsstörungen** (z.B. auditiv, visuell), SI-Dysfunktion
- **Hochbegabung**
- („Indigo-Kind“, „gifted children“)



Z.E.N./C.D.N.

Differentialdiagnose ADHS

- **Angst/Zwang-, Depressions- und Autismussyndrome** (z. B. Asperger Syndrom)
- **seelische Spannungszustände/chronische Konflikte** (Scheidung, Verwahrlosung)
- **Genetische Syndrome** (z. B. Fragiles-X-Syndrom, Tourette Syndrome, Turner Syndrom, Williams Syndrom, Klinefelter Syndrom (XXY))
- **neurocutane Syndrome** (Neurofibromatose Typ I, Tuberöse Hirnsklerose)



Z.E.N./C.D.N.

Differentialdiagnose ADHS

- **neurotoxische Substanzen** (z.B. Blei, Quecksilber, Thallium, bakterielle Exotoxine)
- **psychotrope Substanzen** (z.B. Kokain, Cannabis)
- **Medikamente** (Antiasthmatika, Antihistaminika, Anticholinergika, Steroide)
- **Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten**



Z.E.N./C.D.N.

Differentialdiagnose ADHS

- **Chronische Erkrankungen** (Herz-, Lungen-, Nierenerkrankung, rheumatisches Fieber)
- **Cerebrovaskuläre Erkrankungen**, komplexe Migräneformen
- **Chorea minor Sydenham, PANDAS-Syndrom** (Paediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with Streptococcal infection)



Z.E.N./C.D.N.

Differentialdiagnose ADHS

- **St. n. Schädel-Hirn-Verletzungen**, Entzündungen des zentralen Nervensystems
- "**Raumfordernde Prozesse**" im ZNS, Hydrocephalus
- "**Gehirnmissbildungen**" (z. B. Corpus callosum-hypo/aplasie)
- "**Pseudo-ADHD**" ("ADHS" - Akutes Digitales High – Tech Syndrom, "ADHD" - Aufmerksamkeitsdraht zu einer Höheren Dimension)



Z.E.N./C.D.N.

Ev. zusätzliche Untersuchungen

- Kinderpsychiatrische Untersuchung
- Elektroenzephalographie (EEG)
- Laboruntersuchungen
- Magnetische - Resonanz-Bildgebung
(Magnetic Resonance Imaging = MRI)



Z.E.N./C.D.N.

Comorbidität

Wenn ein Kind mit Verdacht auf ADHS abgeklärt wird, muss grundsätzlich berücksichtigt werden, dass folgende Störungen mit ADHS-ähnlichen Symptomen einhergehen können – also Differentialdiagnose erstellen - oder komorbid mit ADHS auftreten können (ADHS prädisponiert zu psychiatrischen Störungen!)

- Teilleistungsstörung (z.B. Legasthenie, Dyskalkulie, Lernstörungen (50%))
- Unsicherheit, mangelndes Selbstvertrauen, depressive Verstimmung



Z.E.N./C.D.N.

Comorbidität

- Ablehnung durch Gleichaltrige, oppositionelles und aggressives Verhalten, Störung des Sozialverhaltens (70%)
- Tic-Störungen & Tourette Syndrom
- Autistischer Formenkreis (z.B. Asperger Autismus)



Z.E.N./C.D.N.

Comorbidität

- in der Kindheit beginnende Achse 1 Störungen:
- Angststörungen
- bipolare Störung
- Depressionen
- Schizophrene Psychosen / Prodrome



Z.E.N./C.D.N.

Die Diagnose ist gestellt - was nun?

- „Entlastungsmoment“
- mit dem Problem des Kindes leben, nicht dagegen ankämpfen
- ganzheitliches Therapiekonzept zusammen mit Kinderarzt bzw. Konzeptkoordinator aufstellen
- Zusammenarbeit Schule - Eltern - Arzt – Therapeuten ist essentiell!



Z.E.N./C.D.N.

Hilfen für das ADHS-Kind

„Konzept-Koordinator“

- „Gesamtbild“ vom A D H S - Kind (Stärken und „mangelhaft ausgebildete Stärken“) machen
- umfassende Information über A D H S geben (Eltern, evt. Pädagogen, therapeutisches Team)
- Hinweis auf Elternvereinigungen (ELPOS)
- Optimierung der erzieherischen und pädagogischen Massnahmen (Einbezug von Kinderpsychiatern und Psychologen, z. B. Zusammenarbeit mit EB und KJPD!)
- Einbau von Strategien in den schulischen und familiären Alltag des Kindes, so dass die Aufmerksamkeitsstörung weniger ins Gewicht fällt und gravierende sekundäre Symptome erst gar nicht auftreten



Z.E.N./C.D.N.

Hilfen für das ADHS-Kind

„Konzept-Koordinator“

Stärken/ressourcenorientiert vorgehen:

- Einstein- Syndrom
- Mozart-Syndrom
- Edison-Syndrom
- Uderzo Gosciny Syndrome
- USW.



Z.E.N./C.D.N.

Ritalin kann wohl verschrieben werden, gänzlich ohne Nebenwirkungen sind aber

- **LOB** in
- **ZUWENDUNG** in
- **MUTMACH** in



Z.E.N./C.D.N.

Standard-Therapien

Die folgenden Therapien beziehen sich hauptsächlich auf die Kernsymptome der Aufmerksamkeitsstörung und deren unmittelbaren Folgen. Sie gelten nach wissenschaftlichen Erfahrungen als vielfach belegt und erfolgreich:

- **Verhaltenstherapie**
- **Familientherapie mit verhaltensorientierter Ausrichtung**
- **Pharmakotherapie mit Stimulantien**
- **Kombination von Verhaltenstherapie und Medikation**



Z.E.N./C.D.N.

Behandlungsrichtlinien

- Integrative pädiatrische/neuropädiatrische/kinderpsychologische/psychiatrische Behandlung
 - Medikation
 - Psychoedukation (Einzel- & Gruppen)
 - Familienbegleitung/Therapie
 - Therapien der Teilleistungsschwächen (z.B. Ergotherapie usw.)
- Symptomatische Behandlung (nicht Heilung!)
 - „medikamentöse Brille“
- Medikation als „Basis“, als „Eckpfeiler“ der Behandlung



Z.E.N./C.D.N.

Auswahl der Medikamente

1. Klinische Präsentation (Subtyp)
2. Comorbidität
 - Ausprägung
 - Verlauf
3. Frühere Behandlungserfolge/Misserfolge
4. Nebenwirkungen
5. Lebensstil (zeitlicher Medikamenteneffekt)
6. Kombinationsbehandlung häufig notwendig



Z.E.N./C.D.N.

ADHS Medikation

1. Stimulantien

- Kurz wirksam
 - 1) Methylphenidate (MPH) – Ritalin
- Lang wirksam
 - 1) Ritalin-LA
 - 2) Concerta

2. Non-Stimulantien

- NRI wie Atomoxetine (Strattera)

3. Antidepressiva

- NDRI (Bupropion, Welbutrin SR)
- SNRI (Venlafaxin, Efexor {mind. bis 225mg}: Duloxetin, Cymbalta)
- TCA
- MAO (Aurorix)



Z.E.N./C.D.N.

ADHS Medikation

4. Andere:

- Modafinil
 - Mood Stabilizers: Lithium, Carbamazepin, Valproat, Lamotrigin
 - Atypical AP: Abilify, Seroquel, Risperidon, Olanzapin
 - Clonidin (Hyperaktivität)
-
- Amphetamin-Salze wie Adderall (USA / in CH nicht zugelassen)



Z.E.N./C.D.N.

Behandlungs-Algorithmus

Diagnose ADHS und psychiatrische Comorbidität

1. Indikation Medikation in Altersgruppe?
2. Familiengeschichte & Therapieresponse?
3. Dringlichkeit? = Concerta® oder Ritalin LA
4. Umgebungsfaktoren (Zeit)?
 - Abends = Strattera® / Ritalin LA & Concerta®
5. Psychiatrische Comorbidität – zuerst behandeln
 - Substanzmissbrauch? = Rehab/ Seroquel?
 - Angst/Unipolare Depression? = SNRI/ Strattera
 - Bipolar affektive Störung? = Stimmungsstabilisator (Lithium, Valporat, Risperidon, Quetiapin, Aripiprazol, Olanzapin)
 - Tics? = Strattera®



Z.E.N./C.D.N.

„Nicht – Standard Therapien“

- Therapien, die spezifische Teilleistungsschwächen im Rahmen eines ADHS verbessern und/oder den „allgemeinen Gesundheitszustand“ positiv beeinflussen. Somit werden auch meistens indirekt die „Primärsymptome“ eines ADHS gemildert.
- Die Effizienz dieser Therapien ist aus wissenschaftlicher Sicht teilweise (noch) unklar oder sogar noch fehlend.
- Führung/Beratung der Eltern durch „Fachperson“/Konzept-Koordinator ist wichtig.



Z.E.N./C.D.N.

„Nicht-Standard-Therapien“

- Homöopathie (Frei et al; 2005)
- (Laser)-Akupunktur, chinesische Medizin
- Zufuhr:
 - essentieller Fettsäuren (z.B. Nachtkerzenöl, EFAMOL®, Omega-3-Fettsäuren)
 - Aminosäuren
 - Vitaminpräparate (Vit-B-Komplexe, Strath®, Berocca®, Mineralstoffe wie Magnesium, Eisen)
- L-Carnitine (Carnitin® Sigma Tau)
- Phytotherapie (Ginkgo biloba)



Z.E.N./C.D.N.

„Nicht-Standard-Therapien“

- Osteopathie, Craniosacral-Therapie,
- Kinesiologie („brain gym“)
- EEG-Biofeedback/Neurobiofeedback
- (spez.) Diäten



Z.E.N./C.D.N.

Zusammenfassung ADHD

Eine umfassende, ganzheitliche Abklärung und Diagnosestellung ist im Interesse des Kindes wichtig, um ...

- echte somatische und/oder psychische Störungsbilder von passageren Störungen abzugrenzen



Z.E.N./C.D.N.

Zusammenfassung ADHD

Und um ...

- mittels individuellem Therapiekonzept den spezifischen Bedürfnissen des Kindes gerecht zu werden.



Z.E.N./C.D.N.

Zusammenfassung ADHD

**Ein individuelles Therapiekonzept
berücksichtigt pädagogische, erzieherische,
schul- und komplementärmedizinische
Massnahmen.**



Z.E.N./C.D.N.

ADHD und/oder bipolare Störung (BPD) bei Kinder und Jugendlichen

- **Überlappung von BPD und ADHD:**
 - **zum einen haben bis zu 85 % der Kinder mit BPD zusätzlich ein ADHD**
 - **zum andern tritt die BPD in ADHD-Kindern in bis zu 22 % der Fälle auf**

(Monpreet K Singh et al: Co-occurrence of bipolar and attention-deficit hyperactivity disorders in children; 2006)



ADHD und/oder bipolare Störung (BPD) bei Kinder und Jugendlichen

Phänomenologische, genetische, Familien-,
Neuroimaging, und Behandlungs-
Untersuchungen haben gezeigt, dass BPD und
ADHD sowohl Gemeinsamkeiten aber auch
Unterschiede zeigen.



ADHD und/oder bipolare Störung (BPD) bei Kinder und Jugendlichen

4 mögliche Erklärungen:

- die „bipolare Symptomatik führt zu einer vermehrten Diagnose von ADHD in Kindern/Jugendlichen mit BPD
- ADHD ist ein „Marker“ oder ein Vorstadium der frühzeitigen Manifestation der pädiatrischen BPD



ADHD und/oder bipolare Störung (BPD) bei Kinder und Jugendlichen

4 mögliche Erklärungen:

- ADHD und assoziierte Faktoren (z.B. Psychostimulantien) führen zu einem päd. BPD
- ADHD und BPD haben eine gemeinsame zugrunde liegende Ätiologie (z.B. ein gemeinsames genetisches Risiko oder eine gemeinsame Neurophysiologie)



ADHD und/oder bipolare Störung (BPD) bei Kinder und Jugendlichen

Fasst man die Literatur zu all den 4 Erklärungen zusammen, kann man postulieren, dass ADHD-Symptome bei gewissen Risiko-Patienten eine frühzeitige Manifestation von einem im Kindesalter entstehenden BPD darstellen können.

BPD mit comorbid ADHD könnte demzufolge ein spezifischer Phänotyp einer „early-onset“ BPD darstellen.



Z.E.N./C.D.N.

ADHD und/oder bipolare Störung (BPD) bei Kinder und Jugendlichen

Phasische Verhaltensstörung:

- Monate, in denen das Kind besonders frech und aufsässig erscheint, sich dauernd streitet und ständig auf der Strasse und im Haus in Bewegung ist.
- Zu anderen Zeiten zieht sich das Kind zurück, ist bockig, hat zu keiner Beschäftigung die rechte Lust, gehorcht nicht und redet kaum mit jemandem.



Z.E.N./C.D.N.

ADHD und/oder bipolare Störung (BPD) bei Kinder und Jugendlichen

Symptome der depressiven Episoden

- dysphorische Verstimmung oder Verlust von Interesse /Freude an fast allen Aktivitäten/Zerstreuungen
- schlechter Appetit oder erhebliche Gewichtsabnahme (ohne Diät) oder Appetitsteigerung oder erhebliche Gewichtszunahme
- Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf



Z.E.N./C.D.N.

ADHD und/oder bipolare Störung (BPD) bei Kinder und Jugendlichen

Symptome der depressiven Episoden

- psychomotorische Erregung oder Hemmung
- Energieverlust/Erschöpfung
- Gefühl von Wertlosigkeit, Selbstvorwürfe
- verminderte Denk- und Konzentrationsfähigkeit
- wiederkehrende Gedanken an Tod, Suizidgedanken



Z.E.N./C.D.N.

ADHD und/oder bipolare Störung (BPD) bei Kinder und Jugendlichen

Symptome einer manischen Phase

- gehobene, gereizte Stimmung
- Steigerung der Aktivität, körperliche Unruhe
- redseliger als gewöhnlich oder Drang dauernd weiterzureden
- gesteigertes Selbstbewusstsein
- vermindertes Schlafbedürfnis
- Ablenkbarkeit
- exzessive Beschäftigung mit Aktivitäten, die sehr whl. unangenehme Konsequenzen haben (z.B. grob fahrlässiges Autofahren, „Sensation Seeker“)



Z.E.N./C.D.N.

ADHD und/oder bipolare Störung (BPD) bei Kinder und Jugendlichen

Andere Symptome einer BPD:

- extremes Verlangen nach „Süßem“
- Risiko zu „Substanzenmissbrauch“
- extreme Trennungsängste
- nächtliches Einnässen
- altkluges Auftreten
- extreme Wutausbrüche, Gefühlsschwankungen (für Stunden in BPD, für weniger als 30 min. in ADHS)



Z.E.N./C.D.N.

ADHD und/oder bipolare Störung (BPD) bei Kinder und Jugendlichen

Andere Symptome einer BPD:

- morgendliche Instabilität (für Stunden in BPD, für Minuten in ADHS)
- „absichtliches“ aggressives, explosives oder risikosuchendes, -reiches Verhalten
- Symptome verschlechtern sich durch Stimulantien
- „man weiss nie, was man für eine Art Kind heute vor sich hat“



ADHD und/oder bipolare Störung (BPD) bei Kinder und Jugendlichen

Table 1. Diagnostic symptoms of BPD and ADHD

BPD	ADHD	Degree of overlap
Psychomotor agitation	Hyperactivity	Extensive
Impulsive	Impulsivity	Extensive
Distractibility	Inattention	Extensive
Irritability	Ubiquitous	Extensive
More talkative	Talks too fast	Moderate



ADHD und/oder bipolare Störung (BPD) bei Kinder und Jugendlichen

Table 1. Diagnostic symptoms of BPD and ADHD

BPD	ADHD	Degree of overlap
Elation		Little
Grandiosity		Little
Flight of ideas/racing thoughts		Little
Decreased need for sleep	Difficulty settling for sleep	Little
Increased goal-directed activity		Little
Excessive pleasurable activities (eg hypersexuality)		Little



ADHD und/oder bipolare Störung (BPD) bei Kinder und Jugendlichen

Table 2. Diagnostic symptoms of bipolar depression and ADHD

<u>Bipolar Depression</u>	ADHD	Degree of overlap
Depressed mood	Dysphoria	Extensive
Insomnia	Difficulty settling	Extensive
Irritability	Irritability	Extensive
Difficulty concentrating	Inattention	Extensive
Psychomotor agitation	Hyperactivity	Moderate
Disinhibition	Hyperactivity	Moderate



ADHD und/oder bipolare Störung (BPD) bei Kinder und Jugendlichen

Table 2. Diagnostic symptoms of bipolar depression and ADHD

<u>Bipolar Depression</u>	ADHD	Degree of overlap
Weight loss/gain	Weight loss with stimulants	Moderate (after stimulant treatm.)
Psychomotor retardation		Little
Fatigue or loss of energy		Little
Hypersomnia		Little
Loss of interest in pleasure		Little
Thoughts of death/suicidality		Little



Z.E.N./C.D.N.

ADHD und/oder bipolare Störung (BPD) bei Kinder und Jugendlichen

Differentialdiagnose BPD

- Eisenmangelsyndrom (IDS), Anämie (bei chronischen Allgemeinerkrankungen)
- Enzephalitis
- Epilepsien
- Drogenintoxikationen
- reaktive Prozesse
- seelische Deprivation/Hospitalismus
- kinderpsychische DD: schizophrenieforme Störungen, paranoide Störungen



Z.E.N./C.D.N.

ADHD und/oder bipolare Störung (BPD) bei Kinder und Jugendlichen

- Diagnostik und Therapie einer BPD in Zusammenarbeit mit Kinderpsychiater (z.B. KJPD, EB)
- Bei ADHD und comorbid BPD:
 - stufenweises Vorgehen
 - Behandlung ist kompliziert/komplex, weil beide Bedingungen vorliegen
 - Behandlung der BPD vorrangig