

## Zusammenfassung (Abstract)

Mit der AD-H-D-Testentwicklung als Forschungsinstrument und Hilfsmittel für die Diagnostik und Differentialdiagnostik wurde im August 1998 begonnen. Die erste statistische Untersuchung zur Validität des Instrumentes erfolgte am 26.6.1999, die zweite am 6.1.2002, eine Harte-Kern-Analyse (N=59) erfolgte am 25.8.2002 und die zweite all der AD-H-D-BearbeiterInnen, von denen vGZA, DSM-IV und Angaben zu Teilleistungsschwächen vorlagen (N=46) am 7.9.2002, womit die Testentwicklung vorläufig abgeschlossen wurde und nun mit der Veröffentlichung der Trilogie zum 16.9.2002 den klinisch und wissenschaftlichen Interessierten zugänglich gemacht wird:

- Testtheorie und Handweisung AD-H-D-Test für Erwachsene<sup>1</sup>
- Prozentrangnormen und Kennwerte zur Testtheorie und Handanweisung zum AD-H-D-Test für Erwachsene
- Handbuch der AD-H-D-Diagnostik und Differentialdiagnostik für Erwachsene

Bis zum Zeitpunkt der Abschlußarbeiten für die Veröffentlichung umfaßte die AD-H-D-Datenbank 409 Datensätze, einschließlich **40 Einzelfall-Reteststudien** zwischen 12 Tagen und 3,5 Jahren, bei denen sich in der AD-H-D-Gruppe nur in drei Fällen unter therapeutischem Einfluß die Zuordnung von AD-H-D nach Nicht-AD-H-D veränderte. Eine systematische Kurzzeitreliabilitätsstudie steht aber noch aus. Der Fehler für die kurzzeitige **Einzelfall-Reliabilität wird auf 10% +-** des empirisch erzielten AD-H-D-Wertes geschätzt.

Der AD-H-D-Test für Erwachsene kann ein AD-H-D-Syndrom relativ gut erfassen. Die Evaluation ergab aber, daß zwischen **primär-originären** und sekundären AD-H-D-Syndromen zu unterscheiden ist. **Sekundäre** AD-H-D-Syndrome können durch psychoseforme, neurologische (z.B. Epilepsie) oder wahrscheinlich auch durch andere sog. organische Psychosyndrome hervorgerufen werden<sup>2</sup>. Dies spricht dafür, bei Psychotherapie-Anträgen von AD-H-D-Persönlichkeiten, für die ich die ICD-10-Kombination F98.8 [hier AD-H-D] / 60.8 [hier AD-H-D] vorschlage, eine neurologisch und psychiatrisch AD-H-D-fachkundige ÄrztIn für den Konsiliarbericht bei psychologischen PsychotherapeutInnen hinzuzuziehen, falls eine verbale Grundschulzeugnisanalyse (vGZA) zu keiner differentialdiagnostisch eindeutigen Klärung führt.

Zur differentialdiagnostischen Evaluation wurden 88 nahezu komplette verbale Grundschulzeugnisanalysen (vGZA) mit Auswertung von rund 700 verbalen Grundschulzeugnissen, 94 DSM-IV-Aufmerksamkeits- und 89 DSM-IV-Hyperaktivitäts-Analysen mit Berücksichtigung der Angaben zu den Teilleistungsstörungen einbezogen. Der Test ist sehr valide für die Erhebung eines AD-H-D-Syndroms. Nach den bisherigen Ergebnissen empfehlen sich folgende Hauptfallunterscheidungen:

1. primär-originäres AD-H-D-Syndrom, das sich bis in die Kindheit zurückverfolgen läßt (bestätigt),
2. sekundäres AD-H-D-Syndrom im Rahmen einer psychoseformen oder neurologischen Störung bzw. innerhalb eines organischen Psychosyndroms (bestätigt),
3. sekundäres AD-H-D-Syndrom im Rahmen anderer psychischer Störungen (bislang nicht bestätigt für Neurosen, Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen).

---

<sup>1</sup> Nur für psychodiagnostisch Fachkundige gegen schriftliche Einwilligungs- und Kenntnisnahmeerklärung

<sup>2</sup> Dies spricht womöglich dafür, daß psychoseforme Störungen, AD-H-D und neurologisch bedingte Störungen wie z.B. Epilepsie insgesamt als organische Psychosyndrome angesehen werden könnten. Jedenfalls ist das hier erzielte Resultat, daß Psychosen, Epilepsien und primär-originäres AD-H-D ein AD-H-D-Syndrom erzeugen, - zumindest für mich als Psychologe - überraschend: wie nämlich solche meist einfachen persönlichkeitsorientierten Fragen, wie sie im AD-H-D-Test zur Anwendung gelangen, ein solches Syndrom erfassen können.

Zu beachten ist, daß es - in Ausnahmefällen - auch möglich ist, daß primär-originäre und sekundäre Quellen zusammenspielen, wie im Diagnostikhandbuch dokumentiert, wenn etwa bei jemandem eine primär-originäre AD-H-D-Störung nachgewiesen werden kann UND diese ProbandIn an einer Psychose oder an einem anderweitig neurologischen oder organischen (Psycho-) Syndrom, z.B. an Epilepsie, leidet.

Ob es sich um ein primär-originäres AD-H-D-Syndrom, das sich bis in die Kindheit zurückverfolgen können lassen muß, handelt oder nicht, wird durch die Zusatz-Differentialdiagnostik verbale Grundschulzeugnisanalyse (vGZA) und DSM-IV-Rückblick sowie durch eine Komorbiditätsanalyse und kritisch vergleichende Betrachtung anderer möglicher Störungen abgeklärt. Zur systematischen vGZA wurde ein Auswertungssystem vorgeschlagen und mit 45 Signierungs-Beispielen dokumentiert. Für die praktische diagnostische und differentialdiagnostische Arbeit wurde ein spezielles Diagnostik- und Differentialdiagnostik-Handbuch zusammengestellt, das insgesamt 68 Fallinformationen (+2 Retests), davon 28 Muster-Interpretationsbeispiele aus klinischen Fallgruppen unterschiedlich differenziert enthält:

- 1 Volltext-Computerauswertung (ca. 18 Seiten) mit Zusatz-Ausgabe für Laien
- 7 Komplettanalysen (Arztbrief und Liste der 113 Dimensions-Ergebnisse)
  - mit 6 Grundschulzeugnisanalysen (vGZA)
  - mit 4 DSM-IV-Rückblicken
  - mit 4 Befindlichkeitsanalysen (Vitalität und Ichstärke, Psychosomatische Belastung, Positiver Gefühlsanteil, Lebens- und Selbstzufriedenheit).
- 15 Arztbriefe AD-H-D-Interpretation, davon
  - mit 12 verbalen Grundschulzeugnisanalysen (vGZA)
  - mit 14 DSM-IV-Rückblicken und Teilleistungsschwächen
  - mit 13 Befindlichkeitsanalysen
- 4 Kurzcharakteristiken zum AD-H-D
- 41 Mitteilungen zum AD-H-D-Mittelwert und - teils komorbiden - Diagnosen

Der AD-H-D-Fragebogentest umfaßt zur Zeit 239 Fragen zu 113 Dimensionen, die für die Diagnose und Differentialdiagnose von AD-H-D interessant oder wichtig sein können. Der eigentliche AD-H-D-Testwert beruht auf 89 Fragen, die in 41 Dimensionen gruppiert sind und einen theoretischen Rohwertpunktbereich von 0-801 umfaßt. Er beruht auf den statistischen Auswertungsdaten mit folgenden drei Evaluations-Vergleichsstichproben:

### **Mittelwerte, Streuungen, Minima und Maxima der 41 AD-H-D-Dimensionen**

in den drei statistischen Vergleichsstichproben: Neuberechnung: 06.01.2002

(Erstberechnung: 26.8.1999)

	AD-H-D=210 (92)	Fallgruppe=37 (30)	Ideal-Normgruppe=54 (36) <sup>3</sup>
AD-H-D-Mittelwert <sup>4</sup>	60,5 (62,3)	34,4 (35,1)	25,2 (25,7)
Sigma <sup>5</sup> AD-H-D-Mittel	13,6 (13,2)	9,8 (10,2)	7,2 (7,2)
Mittleres Sigma	28,2 (27,5)	26,4 (26,5)	24,5 (24,3)
Minimum Mittel	20,1 (38,8)	13,8 (13,8)	8,9 (8,9)
Maximum Mittel	95,3 (95,3)	60,1 (60,1)	44,1 (44,1)

<sup>3</sup> Stichprobe überwiegend relativ gesunder und zufriedener Menschen. Kontrollgruppe für alle Fallgruppen.

<sup>4</sup> Statistische KennerInnen ahnen die Hochsignifikanz > \*\*\* zwischen den Mittelwerten:  $t_{12}=10.35$ ,  $f=120$ ;  $t_{23}=4.424$ ,  $f=64$  (Datenbezug: Erstberechnung 26.8.1999).

<sup>5</sup> Standardabweichung des Mittelwerts aller AD-H-D-Mittelwerte. Zu unterscheiden von der Standardabweichung im Einzeltest. Der Mittelwert ist über die AD-H-D-Einzeltestmittelwerte gebildet, also ein Mittelwert über Mittelwerte.

Die ganz wenigen höheren Werte in der Psychotherapie-Fallgruppe und in der Ideal-Norm-Gruppe relativ gesunder und zufriedener Menschen führe ich auf falsch, unzulänglich oder nicht erkannte AD-H-D-'TrägerInnen' zurück. Der kritische Grenzwert um den AD-H-D-Mittelwert liegt bei 45%. Der Fehlerbereich sollte mit ca. 10% berücksichtigt werden, d.h. der kritische Bereich liegt ca. zwischen 40% und 50%.

Die Prozentrangnormen und Kennwerte der drei verschiedenen Evaluations-Stichproben werden in einer eigenen Broschüre mitgeteilt<sup>6</sup>.

Zur testtheoretischen Validierung wurde eine Interkorrelationsmatrix-Analyse<sup>7</sup> für die 41 AD-H-D-Dimensionen durchgeführt, die ca. 10 lineare gesetzmäßige Beziehungen (Eigenwerte < 0,10) enthält, dadurch zwar hochgradig numerisch instabil ist, aber durch Rechnen mit 19 Nachkommastellen nicht entgleiste und ihre Positive Definitheit, wie es mathematisch für eine Korrelationsmatrix auch sein muß, behielt. Daraus folgt, daß die Interkorrelationskoeffizienten als zuverlässig angesehen und interpretiert werden können. Es folgt weiter, daß die 41 AD-H-D-Dimensionen auf 32 reduziert werden können; dies soll künftig weiter untersucht werden. Dieser Befund steht auch gut mit der Trennschärfeanalyse (Zusammenhang der 41 Dimensionen mit dem AD-H-D-Mittelwert) im Einklang.

Zur schwierigen Differentialdiagnostik zwischen AD-H-D und Depression wurde am 6.1.2002 eine Diskrimanzanalyse (N=47) gerechnet, die auf der Basis von 10 Kriterien eine beachtliche Diskriminanz-Trefferquote von 82,9% ergab, aber noch verbesserbar erscheint.

Das Verfahren ist in der Handauswertung sehr mühsam, zeitraubend und fehleranfällig. Ein allgemein zugängliches Programm für die Abnahme und Auswertung durch Computer wird von der Nachfrage abhängig gemacht oder gegen Lizenzgebühren anderen überlassen. Ein Computer-Auswertungsdienst wird bereits seit einiger Zeit gegen Honorar angeboten. Eine Abrechnung nach EBM im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung ist derzeit nicht möglich, wohl aber als privat vereinbarte heilkundliche Leistung.

Wichtige Änderungen, Ergänzungen oder Korrekturen finden Sie auf der Internetseite:  
[http://www.iec-verlag.de/adhd/tp\\_info.htm](http://www.iec-verlag.de/adhd/tp_info.htm)

---

<sup>6</sup> Da hier des öfteren Aktualisierungen und Ergänzungen vorgesehen sind, wurde dieser Teil von den anderen abgetrennt, um die relativ unveränderlichen Teile nicht immer neu mit auflegen zu müssen.

<sup>7</sup> Es wurden auch die Interkorrelationen der 113 Dimensionen mit dem AD-H-D-Mittelwert, Sigma, Alter, Geschlecht, Schulbildung, Lebensgefühl, vGZA, DSM-IV-Aufmerksamkeit, DSM-IV-Hyperaktivität und Anzahl der Teilleistungsschwächen gerechnet. Die Ausgabe umfaßt aber allein 27 Seiten und kann daher als Sonderdruck angefordert werden.