

Verhaltensauffällige Kinder: nicht alles ist eine ADHS

Susanne Polentarutti und Bea Latal

Abteilung Entwicklungspsychiatrie, Universitäts-Kinderspital Zürich

Zusammenfassung: Zwei Fallbeispiele illustrieren die Bedeutung einer sorgfältigen diagnostischen Vorgehensweise bei der Frage nach Vorliegen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Entwicklungsdissoziierte Entwicklungsprofile können zu unspezifischen Verhaltensauffälligkeiten wie Unaufmerksamkeit oder Hyperaktivität führen. Die betroffenen Kinder sind besonders dann auffällig, wenn Anforderungen ihren Problembereich tangieren, also beispielsweise ein dyslektisches Kind beim Lesen. Die Symptome, welche dieses Kind zeigt, können durchaus mit denen einer ADHS verwechselt werden. Nur mittels einer umfassenden Untersuchung können Entwicklungsprobleme festgestellt und therapeutisch gezielt angegangen werden. Ohne ein solches Vorgehen besteht die Gefahr, dass die tatsächlich zugrundeliegenden Ursachen der Verhaltensauffälligkeiten übersehen und als ADHS missinterpretiert werden. Aber auch wenn eine ADHS besteht, ist eine sorgfältige Abklärung wichtig, um allfällige Komorbiditäten diagnostizieren und therapieren zu können. Eine Verknüpfung von Verhaltensauffälligkeiten im schulischen Kontext mit den erhörten sozialen und kognitiven Anforderungen passt dann zur Diagnose einer ADHS. Nicht selten sind Verlaufskontrollen nötig, um Diagnosen im Verlauf zu re-evaluieren und gegebenenfalls zu revidieren.

Einleitung

In unserer Poliklinik enthalten gut ein Drittel aller Zuweisungen unter anderem die Frage nach Vorliegen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Nur in wenigen Fällen wird die Diagnose am Ende einer differenzierten Untersuchung tatsächlich vergeben.

Der Abklärungsgang in der Abteilung Entwicklungspsychiatrie des Kinderspitals Zürich beinhaltet zunächst eine Testung der kognitiven und motorischen Fähigkeiten mittels standardisierter Testverfahren. Die Sprache wird mitbeurteilt und gegebenenfalls von Fachpersonen vertieft abgeklärt. Zusätzlich wird eine ausführliche Anamnese und insbesondere Fremdanamnese erhoben, auch mittels spezieller Fragebögen. Das Verhalten des Kindes während der Untersuchung wird ebenfalls strukturiert erfasst, mit dem Ziel Änderungen des Verhaltens in Abhängigkeit der Aufgabensituation zu erfassen (vgl. auch Abbildung 5 im Artikel von Oskar Jenni, 2017, in diesem Heft).

Bei Schulkindern wird ein spezielles Augenmerk auf die Kompetenzen der schulischen Fertigkeiten (Lesen, Schreiben, Rechnen) gelegt, besteht doch ein wesentlicher Zusammenhang zwischen Defiziten in diesem Bereich und Verhaltensauffälligkeiten. In einer ergänzenden Untersuchung werden exekutive sowie gegebenenfalls weitere neuropsychologische Funktionen detaillierter erfasst, sofern der Eindruck besteht, dass ein Kind oder Jugendlicher seine kognitiven Fähigkeiten im Schullericht nicht umzusetzen vermag.

Erst die Gesamtschau der Befunde erlaubt es, die Diagnose einer ADHS zu stellen oder zu verwerfen und anderen

Fallbeispiel Marcel

Marcel, zum Zeitpunkt der Untersuchung 9 ½ Jahre alt, wurde mit einem schweren Herzfehler geboren, der an der Herz-Lungen-Maschine operiert werden musste. Trotz erfreulichen medizinischen Verlaufs bringt das Herzvitium eine lebenslange reduzierte körperliche Belastbarkeit mit sich. Marcel wurde in schwierige Familienverhältnisse hineingeboren, welche durch wechselnde Bezugspersonen geprägt sind und dem Knaben nicht die nötigen Ressourcen zu bieten vermögen. Nach dem Besuch von drei (statt der üblichen zwei) Kindergartenjahren sieht Marcel zum Zeitpunkt der Untersuchung am Ende der zweiten Primarschulklasse. Es werden Probleme im Erwerb der Kulturtechniken (Lesen, Schreiben, Rechnen) berichtet bei einer Bekanntheit, ausgeprägten spezifischen Sprachverhaltensstörungen, für welche er wöchentlich Logopädie erhält. Marcel wird von der Mutter als ablenkbar und impulsiv beschrieben mit einem geringen Konzentrationsvermögen, was sich besonders in der Hausaufgabensituation zeigt. Wegen häufiger Konflikte mit anderen Kindern wird er regelmässig von der Schulsozialarbeiterin begleitet. Marcel wird bei uns angemeldet zur Klärung der Frage, ob eine Aufmerksamkeitsstörung vorliegt. Wir führen mit ihm eine

im Verlauf re-evaluert werden.

Nur so wird man den Bedürfnissen des Kindes gerecht. Nicht in wenigen Fällen müssen Situation und Diagnosen im Verlauf re-evaluert werden.

re, plausiblere Ursachen für die bestehenden Verhaltensauffälligkeiten zu finden und spezifisch anzugehen (siehe dazu auch Artikel von Oskar Jenni in dieser Zeitschrift). Nur so wird man den Bedürfnissen des Kindes gerecht. Nicht in wenigen Fällen müssen Situation und Diagnosen im Verlauf re-evaluert werden.

kognitive Testung mittels WISC-IV (Petermann & Petermann, 2011) und eine Zürcher Neuromotorik (Largo, Fischer & Caffisch, 2007) durch. Zur Überprüfung der schulischen Fertigkeiten werden ein Zürcher Lesetest-II (ZLT-II; Petermann & Daseking, 2015), der Rechtschreibtest aus dem Salzburger Lese- und Rechtschreibtest-II (SLRT-II; Moll & Landerl, 2014) sowie der ZAREKI-R (von Aster, Weinhold Zulauf & Horn, 2005), eine neuropsychologische Dyskalkulie-Testbatterie, eingesetzt. Daneben werden sowohl die Mutter wie auch die Lehrerin gebeten, folgende Fragebögen auszufüllen: Conners-3 (Kurversion) (Lidzba, Christiansen & Drechsler, 2013), der Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ 4-17; Goodman, 1999) sowie das Verhaltensinventar zur Beurteilung exekutiver Funktionen (BRIEF; Drechsler & Steinhausen, 2013).

In der strukturierten Untersuchungssituation lassen sich kaum Verhaltensauffälligkeiten feststellen. Marcel arbeitet ausdauernd und konzentriert, ohne dass sich eine

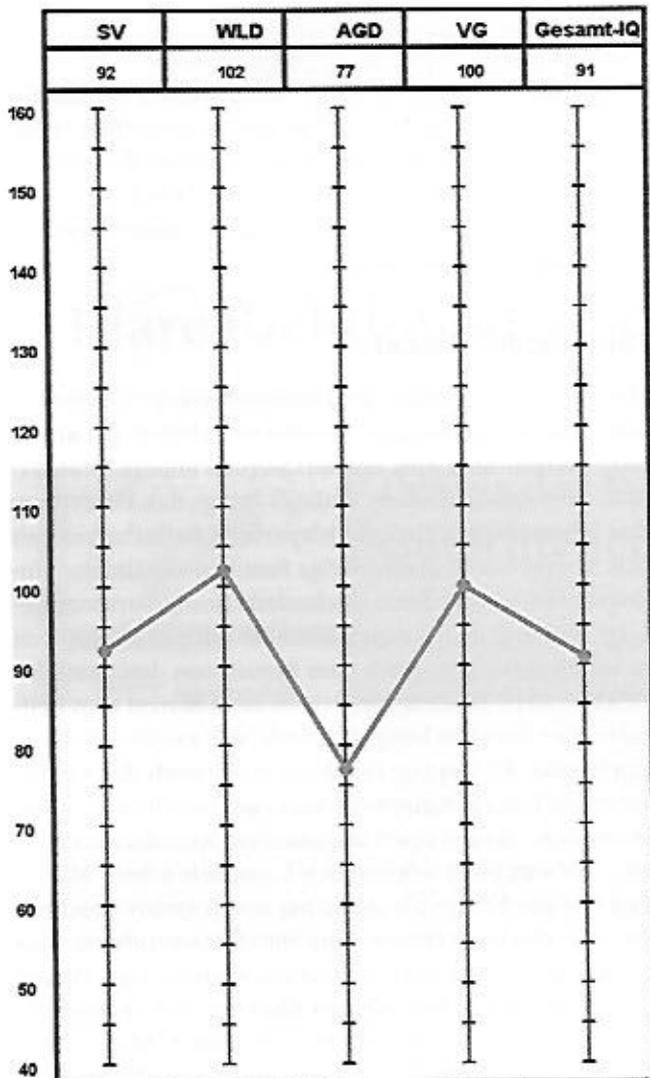


Abbildung 1. WISC-IV-Profil von Marcel

vermehrte motorische Unruhe zeigen würde. Der ruhige, aber freundliche Knabe strengt sich auch bei den unliebsamen Aufgaben wie den Schulleistungstests sichtlich an. Lediglich hier kann eine diskrete Erhöhung der motorischen Aktivität beobachtet werden, ebenso wie eine leicht erhöhte Bereitschaft sich ablenken zu lassen. Gleichzeitig wird auch eine deutliche Ermüdung während der Bearbeitung dieser Aufgaben erkennbar. Die Sprachschwierigkeiten zeigen sich in gelegentlich auftretenden dysgrammatischen Satzstrukturen sowie in Schwierigkeiten, komplexeren Anweisungen prompt zu folgen.

Im Profil des WISC-IV ergibt sich bei insgesamt altersentsprechenden Leistungen eine Teilleistungsschwäche im Arbeitsgedächtnis.

Im Bereich der schriftsprachlichen Fertigkeiten bestehen grosse Defizite auf basaler Ebene. Die Phonem-Graphem-Korrespondenz ist nicht sicher automatisiert, so dass Marcel beim Lesen noch stark mit technischen Aspekten beschäftigt ist und kaum Ressourcen hat sich auf den Inhalt zu konzentrieren. Diese grundlegenden Schwierigkeiten sind als Folge der Spracherwerbsstörung zu sehen und behindern zusammen das schulische Fortkommen massiv. Die Probleme im Arbeitsgedächtnis wirken sich zudem negativ auf das Rechnen aus, ohne dass eine eigentliche Dyskalkulie diagnostiziert wird. Daneben besteht eine motorische Ungeschicklichkeit mit Schwierigkeiten auch in der Grafomotorik.

Die (fremd-) anamnestischen Angaben bezüglich der Verhaltensauffälligkeiten ergeben ein dissoziiertes Bild. Während die Probleme im familiären Umfeld stärker ausgeprägt erscheinen, wird Marcells Verhalten im schulischen Setting als weit weniger auffällig beurteilt. Hier stehen die sozialen Schwierigkeiten im Vordergrund, die sich teilweise aus der erhöhten Impulsivität und der motorischen Ungeschicklichkeit ergeben. Zusammengefasst bestehen Probleme und Defizite in verschiedenen Funktionsbereichen, welche hinreichend Schwächen in der Aufmerksamkeit und der Konzentration zu erklären vermögen. Eine ADHS wird deshalb zum aktuellen Zeitpunkt nicht diagnostiziert. Eine Re-evaluation drängt sich im vorliegenden Fall jedoch auf, findet sich hier doch ein besonders komplexes Geflecht aus Schwierigkeiten auf Kindesebene, ungünstigen Umweltfaktoren und gewichtigen medizinischen Gegebenheiten.

Fallbeispiel Lorenz

Lorenz wird im Alter von 3 Jahren unserer Poliklinik zugewiesen. Er hat im Neugeborenenalter (Termingeburt) einen Thalamusinfarkt links mit konsekutiver Hemiparese rechts erlitten. Die Fragen der Eltern und des Kinderarztes betreffen den Entwicklungsstand, das Ausmass der motorischen Beeinträchtigung und das Verhalten von Lorenz.

Lorenz wird ebenfalls von den Kollegen der Rehabilitation begleitet. Seine grobmotorische Entwicklung ist uneingeschränkt, er klettert gut und geschickt, springt beidbeinig und rennt schnell und wendig. Beim Rennen wird die rechte Hand in leichter dystoner Henkelstellung gehalten. Lorenz ist Linkshänder. Die rechte Hand wird als Hilfs- hand eingesetzt. Es wird der Bayley-III (Bayley, 2006) durchgeführt. Rasch fällt auf, dass Lorenz eine sehr kurze Aufmerksamkeitsspanne hat, leicht ablenkbar ist und immer wieder vom Untersuchungstisch wegläuft. Er muss von Eltern und Untersucherin immer wieder zum Mitmachen motiviert werden, was auch gelingt.

Es lässt sich eine knapp altersentsprechende kognitive Entwicklung mit einem Kognitiven Composite Score von 85 feststellen. In der Sprachentwicklung findet sich eine leichte Verzögerung der expressiven Sprache mit vor allem auch phonetisch-phonologischen Auffälligkeiten und einem eher kleinen Wortschatz, entsprechend einem Sprach-Composite Score von 80. Die Feinmotorik ist im Rahmen der armbetonten rechtsseitigen Hemiparese vor allem rechtsseitig auffällig, die Hand wird lediglich als Hilfs- hand eingesetzt. Jedoch zeigt auch die linke Hand qualitative Auffälligkeiten mit fahrigem Bewegungen und unreifer Stifthaltung. Aufgrund der genannten Befunde werden eine Ergotherapie und Logopädie eingeleitet.

Lorenz wird im Alter von 4 Jahren in einen Vorkinder- garten mit 15 Kindern eingeschult. Die Verhaltensauf- fälligkeiten verstärken sich hier, besonders in Situationen mit wenig Struktur (freies Spiel). Lorenz wirkt dann sehr ab- wesend, wenig interessiert und kann sich kaum auf die Auf- gaben und das Spiel mit anderen Kindern einlassen. Rasch wird deshalb eine privat organisierte Betreuungsperson hinzugezogen, die Lorenz praktisch dauernd begleitet und ihm hilft, sich zu strukturieren. Zusätzlich zeigt er im Rah- men der Hemiparese besonders grosse Schwierigkeiten beim Basteln und Zeichnen/Gestalten. Die Aufmerksam- keitsspanne ist sowohl im Kindergarten wie auch zu Hause sehr kurz und beträgt maximal fünf bis zehn Minuten. Lo- renz lässt sich vor allem im Kindergarten durch andere Kinder und Aktivitäten ablenken und findet dann schwer zu seiner Tätigkeit zurück. Es wird eine erneute entwick- lungspädiatrische Beurteilung gewünscht um allenfalls die Diagnose einer ADHS zu stellen.

In der Vorabklärung besucht die Untersucherin Lorenz im Vorkindergarten. Lorenz verhält sich im Gegensatz zur Voruntersuchung im sozialen Kontext als sehr abwesend, er zeigt wenig Interesse an den anderen Kindern, unter- bricht Aktivitäten schnell, besonders beim Kneten, wo ihm seine Hemiparese Mühe macht, ist er maximal fünf Minu- ten bei der Arbeit. Sichtlich Freude hat er am motorischen Spiel (Fussball, Hockey) in der Pause. Aus dem Kreis mit anderen Kindern steht er rasch auf und läuft zu einer Pup- pe. Die Mutter berichtet, dass Lorenz in der häuslichen

Umgebung länger ruhig sein und bis zu 20 Minuten mit seinen Autos spielen könne. Eine klare Struktur im Tages- ablauf habe hier sehr geholfen.

In der Abklärung im Alter von 4½ Jahren ist Lorenz zu- gewandt und interessiert. Aber auch jetzt muss nach jedem Untertest eine Pause eingelegt werden, in der er herumren- nen und sich „ausschütteln“ kann. Seine sprachlichen Fä- higkeiten sind altersentsprechend, er drückt sich in kom- plexen, grammatikalisch korrekten Mehrwortsätzen aus, stellt Fragen und formuliert Nebensätze. In der Abklärung mit dem SON-R 2 ½ – 7 (Tellegen, Laros & Petermann, 2007) (welcher aufgrund der noch verspielten und unreifen Art von Lorenz und der kürzeren Durchführungsdauer ge- wählt wird) zeigt Lorenz ein dissoziiertes Profil mit alters- entsprechender Denkskala, jedoch Problemen im Bereich der Visuomotorik (Mosaik, Zeichenmuster), die zum Teil auf die feinmotorischen Einschränkungen im Rahmen der Hemiparese (Zeichenmuster) zurückzuführen sind.

Aufgrund der Anamnese, der Beobachtungen im Kinder- garten und des Verhaltens in der eins-zu-eins-Situation wird in der heutigen Untersuchung die Diagnose einer ADHS gestellt. Inwieweit die ADHS durch den Thalamusin- farkt bedingt ist oder verstärkt wird, ist nicht abschliessend zu beantworten. Da eine familiäre Komponente vorliegt (der Kindsvater beschreibt sich als vormals impulsives, hy- peraktives Kind), wäre eine Verstärkung der Symptome bei Teilleistungsstörung im Rahmen des Thalamusinfarktes denkbar. Die bereits laufenden Massnahmen werden fort- geführt, die Logopädie wird beendet. Eine medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat wird diskutiert, jedoch sind die Eltern skeptisch und wollen den weiteren Verlauf abwarten. Eine Kontrolle wird für in einem Jahr vereinbart.

Fazit

Das Fallbeispiel von Marcel zeigt auf, dass nicht hinter je- der Verhaltensauffälligkeit eine primäre Aufmerksam- keitsstörung liegen muss. Viele Entwicklungsstörungen und besonders auch dissoziierte Profile (Jenni, Benz & Latal, 2011) können sich unspezifisch mit Verhaltensauf- fälligkeiten äussern, die denen einer ADHS ähnlich sind. Erst eine umfassende Untersuchung unter Berücksich- tigung aller verfügbaren Informationen gibt Aufschluss über das zugrundeliegende Bedingungsgefüge. Dieser Prozess ist aufwändig, nicht immer ist eine abschliessende Beurteilung in einer ersten Untersuchung möglich. Erst der Verlauf entscheidet dann über die Angemessenheit von (Arbeits-)Hypothesen und führt zu entsprechenden Anpassungen in der Diagnose und den Therapien. Auch bei Kindern, bei welchen die Diagnose einer ADHS gestellt wird, muss dieses sorgfältige Vorgehen eingehalten wer- den, um spezifische Entwicklungsstörungen im Sinne ei- ner Komorbidität zu erfassen und gezielt therapieren zu

Institut:
Abteilung:
Gruppe:
Untersucher:

Subtests	R	Ref. Alt.	S
1. Mosaik	5	3;5	5 Mos (HS)
2. Kategorien	8	4;6	10 Kat (DS)
3. Puzzles	9	4;9	11 Puz (HS)
4. Analogien			
5. Situationen	9	4;11	12 Sit (DS)
6. Zeichenmuster	5	2;11	3 Zmr (HS)

Gesamtwerte	Ref. Alt.	S (80%-int)
SON - HS	3;6	78 (72 - 90)
SON - DS	4;8	106 (93 - 117)
SON - IQ	3;11	88 (81 - 98)

	S	PR	r	g
SON - HS	78	7%	.85	.74
SON - DS	106	66%	.76	.59
SON - IQ	88	21%	.88	.78

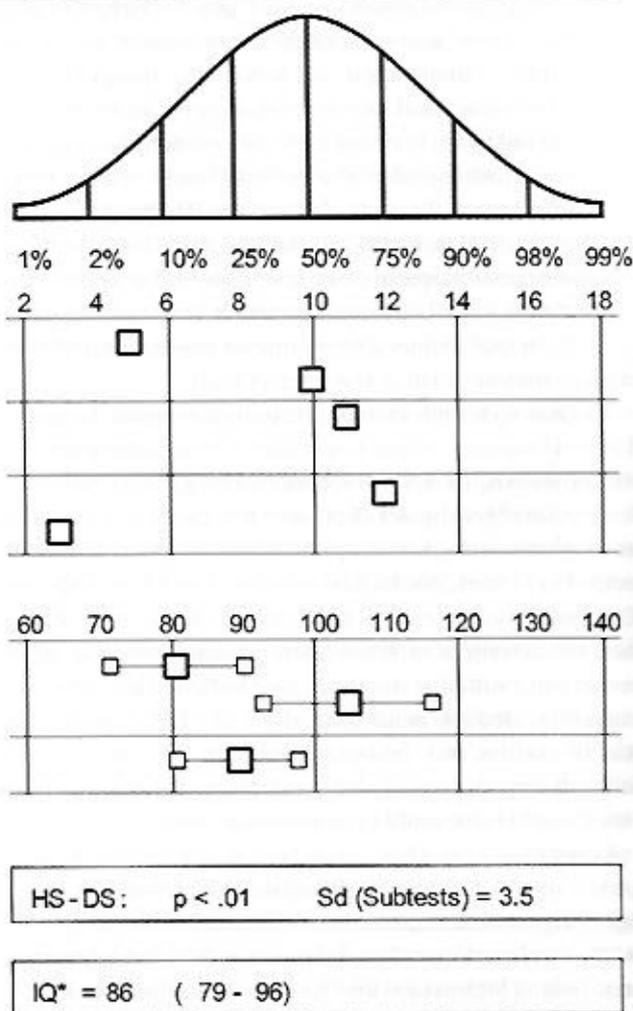
Abbildung 2. SON-R Profil von Lorenz

können, wie das Beispiel von Lorenz zeigt. Die Persistenz und vor allem die Verstärkung der Verhaltensauffälligkeiten im sozialen Kontext trotz vielfältiger unterstützender Maßnahmen erlauben dann die Diagnose einer ADHS.

Abstract

Behavioral abnormalities: it's not always ADHD

Two case vignettes demonstrate the complexity and careful evaluation that is necessary to make the diagnoses of an attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Developmental disorders and in particular an heterogeneous developmental profile may cause difficulties in school performance and lead to unspecific behavioral abnormalities such as inattention or hyperactivity when having to perform in that particular weakness (e.g. reading with dyslexia). These symptoms may resemble those of an ADHD. However, it is critical to obtain a detailed developmental assessment in order to reveal developmental problems that require specific therapeutic interventions. Without



such an evaluation, the underlying cause of the behavioral abnormality may be missed and not treated correctly, instead the diagnosis ADHD is given. Also in the case of an ADHD, it is critical to perform a detailed developmental assessment in order to detect developmental comorbidities. An increase of behavioral symptoms in kindergarten or school, where social and academic demands are high helps to confirm the diagnosis of an ADHD. Also, children need to be re-evaluated and diagnoses need to be revisited or may have to be changed.

Literatur

- Bayley, N. (2006). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development - Third Edition (Bayley-III)*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Drechsler, R. & Steinhausen, H.-C. (2013). *BRIEF. Verhaltensinventar zur Beurteilung exekutiver Funktionen*. Bern: Hans Huber.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791 - 801.