



(K)ein Fall von ADHS – Differenzialdiagnostik der ADHS

Piero Rossi. Referat gehalten am JUVEMUS-Symposium 2003 in Koblenz (D).

Zusammenfassung

Das Krankheitsbild der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) stellt Psychologinnen und Psychologen, Ärztinnen und Ärzte nicht nur in der Behandlung, sondern bereits in der Phase der Diagnostik vor grosse Herausforderungen. Die hohe therapeutische Relevanz einer zuverlässigen Diagnostik ergibt sich unter anderem aus dem Umstand, dass bei Vorliegen einer ADHS in vielen Fällen auch bei Kindern eine Therapie mit Psychopharmaka indiziert ist. Erschwerend in der Diagnostik ist die Tatsache, dass die Kernsymptome der ADHS bei verschiedenen anderen psychischen und psychoorganischen Erkrankungen, bei Teilleistungsstörungen und in psychosozialen Stresssituationen auftreten können. Gezeigt wird, dass der Differenzialdiagnostik der ADHS generell ein hoher Stellenwert zukommt. Dabei muss die Frage nach anderen möglichen Ursachen vor allem auch auf der Ebene von neuropsychologisch erfassbaren Funktionsstörungen gestellt werden. Dargelegt wird schliesslich, warum ohne neuropsychologische Abklärung das zwingend zu beurteilende Ausschluss-Kriterium E des DSM-IV und damit – und das ist die Kernaussage meiner Ausführungen – das mögliche Vorliegen einer ADHS nicht wirklich beurteilbar ist.

Einleitung

In den letzten dreieinhalb Jahren haben wir rund 400 Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Verdacht auf ADHS systematisch untersucht. Neben dem Erfassen der aktuellen Beschwerden, dem sorgfältigen Erheben der Krankengeschichte sowie weiterer diagnostischer Schritte führen wir als Teil des diagnostischen Prozesses auch testpsychologische Abklärungen durch. Eine statistische Auswertung dieser Untersuchungen kann ich Ihnen heute noch nicht präsentieren.

Tatsache ADHS

Dieses Symposium steht unter dem Motto „Tatsache ADHS“. Leider wird die Tatsache ADHS von einigen Kreisen immer wieder negiert, als Modeerkrankung abgetan oder als Phänomen einer „Schnellfeuer-Kultur“ verharmlost. Bücher mit der Stossrichtung wie dasjenige mit dem Titel „Das Märchen vom ADHS-Kind“ sind leider keine Seltenheit. Mit meinen Ausführungen will ich einen Beitrag zur Untermauerung der „Tatsache ADHS“ leisten. Eine sorgfältige Diagnostik (und damit eine Abgrenzung zu anderen Störungen, aber auch zu einer Normvariante unaufmerksamen und überaktiven Verhaltens) ist einer der zentralen Bausteine hierfür. Folgenden Fragen werde ich nachgehen: Welchen Stellenwert haben psychologische Tests in der Diagnostik der ADHS? Braucht es diese Tests überhaupt? Wenn ja, wieso eigentlich? Mit meinem Referat will ich aufzeigen, dass bei ADHS-Verdacht zum Ausschluss anderer Ursachen auf eine neuropsychologische Untersuchung nicht verzichtet werden kann. Ohne diesen diagnostischen Zwischenschritt ist es nicht möglich, eine ADHS zu diagnostizieren.

In den letzten Jahren habe ich in meiner Arbeit eindrücklich erfahren können, was es für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen bedeuten kann, wenn eine ADHS nicht erkannt oder nicht fachgerecht behandelt wird. Etwa ein Drittel unserer Patientinnen und Patienten hat eine Odyssee von verschiedensten Abklärungen und im Prinzip wirkungs- und erfolglosen Therapien hinter sich. Auch Eltern müssen dabei vieles einstecken. Es sind nicht nur die strafenden Blicke der andern im Supermarkt, wenn der Kleine wieder einmal so richtig ausrastet. Ich denke auch an die Tatsache, dass in vielen Familientherapien den Eltern von Kindern mit einer ADHS immer und immer wieder zu verstehen gegeben wird, dass sie selbst im Grunde genommen die Ursache des Problems darstellen. Die neurobiologischen Hintergründe der ADHS, um die man schon seit Jahren weiss, werden dabei systematisch ausgeblendet.

Will es nicht oder kann es nicht?

Wir leben auf einem Kontinent, dessen Problemlöse-Denken massgeblich durch die Psychoanalyse, die Individualpsychologie und die sich im letzten Jahrhundert daraus entwickelnden psychologischen Strömungen geprägt wurde. Wenn ein Kind Verhaltens- oder Lernprobleme hat, sich bei den Hausaufgaben verweigert, immer wieder zu spät kommt, überschüssige und ungesteuert wirkende Reaktionen zeigt, Versprechungen nicht einlöst, chronisch vergesslich ist, sich nichts sagen lässt oder übermässig unbeherrscht ist, so fragen wir uns meistens ganz automatisch: Was will es uns damit sagen?

Oder: Was will es mit seinem Verhalten bezwecken? Wir konzipieren heute Verhaltensstörungen und andere seelische Probleme ganz automatisch und fast ausschliesslich als motivationale, emotionale oder zwischenmenschliche Konflikte. Auf die Idee, dass ein Kind nicht nicht will, sondern nicht kann, selbst wenn es will, kommen Eltern, Psychologen und Ärztinnen auch heute oft noch viel zu spät. Zu spät, weil das Selbstwertgefühl derjenigen Kinder, welche nicht können und nicht nicht wollen, nach fünf, sechs oder mehr Jahren negativen Beziehungs-, Lern- und Schulerfahrungen oftmals bereits elementar gestört ist.

Viele psychologische Strömungen und Therapieschulen lassen die Tatsache ausser Acht, dass nicht nur die Psyche, sondern auch das Gehirn bei der Konzeptualisierung psychischer Störungen mitbedacht werden muss. Das Gehirn des Kindes durchläuft nicht immer eine störungsfreie Entwicklung. Gerade die systemischen Ansätze sprechen von ganzheitlichem und vernetztem Denken, klammern dabei aber das Gehirn aus.

Viele therapierschöpfte Patientinnen und Patienten und ihre Familien erleben sich nach ihrer Abklärungs- und Behandlungs-Odyssee als schuldig und unheilbar krank. Sie verlieren dabei nicht nur den Glauben an sich selbst, sondern auch an die Therapien der psychologischen und ärztlichen Fachpersonen. In ihrer Verzweiflung wenden sich einige von ihnen esoterischen Heiler/-innen, Psychogruppen oder Sekten zu, die sich mit geschäftstüchtigem Schüren der Ritalin-Angst, Algenprodukten, Zaubertropfen und anderen Wundermitteln eine goldene Nase verdienen.

Tatsache: Keine ADHS

In unserer Praxis führen wir unter anderem konsiliarische, also beratende Untersuchungen für psychiatrische Dienste, Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen durch. Bei etwa einem Drittel der uns auf diesem Wege zugewiesenen Patientinnen und Patienten handelt es sich um so genannt schwierige oder therapieresistente Patientinnen und Patienten, welche weder auf eine medikamentöse Behandlung noch auf eine Psychotherapie ansprechen. In der Mehrzahl dieser Fälle lag das Problem darin begründet, dass die mit der medikamentösen Therapie gegebenen Möglichkeiten nicht wahrgenommen respektive nicht ausgeschöpft wurden.

In den letzten zwei Jahren wurde ich mit zunehmender Häufigkeit aber auch mit Patientinnen und Patienten konfrontiert, bei denen ich eine vormals gestellte ADHS-Diagnose nicht bestätigen konnte. Allein im letzten Jahr diagnostizierte ich bei drei angeblichen ADHS-Patienten ein Asperger-Syndrom, also eine Störung aus

dem autistischen Formenkreis. Bei drei erwachsenen und ebenfalls als therapieresistent geltenden Patientinnen und Patienten mit der Diagnose ADHS lag eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung vor. Frau Z. war eine dieser Patientinnen.

Beispiel Frau Z.

Ein Psychiater diagnostizierte bei Frau Z. eine ADHS und leitete daraufhin eine Therapie mit Stimulanzien ein, führte mit der Patientin eine Reihe therapeutischer Gespräche und überwies sie schliesslich an mich. Frau Z., arbeitslos seit über einem Jahr, arbeitete davor im Ressort Immobilien einer Grossbank. Ihre Aufgabe bestand darin, das Vermögen von wohlhabenden Kunden gewinnbringend in Immobiliengeschäften zu investieren. Weil sie immer weniger Umsatz erzielte und ihre Kunden zunehmend unzufriedener wurden, verlor sie schlussendlich ihre Stelle. Was ist geschehen?

Bei ihrer Kernaufgabe, den Immobiliengeschäften, schob die Patientin aus Angst vor Fehlentscheidungen Kaufs- und Verkaufsentscheidungen immer weiter hinaus. Sie surfte stattdessen im Internet, las dies und jenes und fand immer etwas, bei dem es sich für sie zu lohnen schien, sich noch mehr zu vertiefen. Es bestand ja die Möglichkeit, dass sie auf eine Information hätte stossen können, welche ihre Unsicherheit und ihre grosse Angst, Fehler zu begehen, verkleinerte. Der ständig an ihr nagende Zweifel, vielleicht doch eine Fehlentscheidung zu treffen, trieb sie dazu, sich immer mehr in Details zu vertiefen, ja zu verlieren. Dadurch verlor sie zunehmend Zeit und konnte im Laufe der Jahre ihrer Arbeit fast gar nicht mehr nachkommen, was schliesslich zur Kündigung ihrer Anstellung durch die Arbeitgeberin führte.

Seit der Jugend kannte Frau Z. diese grosse Angst vor Fehlern. In der Schule lernte sie oft bis zur Erschöpfung, da die Zweifel, ob sie auch wirklich genügend weiss um nicht zu versagen, damals schon chronisch an ihr nagten. Hintergrund war folgender: Ihre Eltern stammten aus Rom und wanderten in den 50er Jahren in die Schweiz ein. Sie arbeiteten beide als einzige ausländische Gastarbeiter in einer kleinen Textil-Fabrik. Frau Z. verbrachte als Kind ihre gesamte Freizeit mit Schweizer Kindern. Auch abends war sie häufig bei diesen Familien, da ihre Eltern nach der Arbeit noch bis spät in den Abend hinein zusätzlich alle Büros und Werkstätten reinigten. Frau Z. berichtete, sie habe die einfache und chaotische Lebensweise ihrer Eltern immer mehr verachtet. Ihren Vater beschrieb sie als unbeherrscht. Er habe nur das Geldsparen im Kopf gehabt, um möglichst bald nach Italien zurückkehren zu können. Ihre Mutter habe immer wieder schizophrene Schübe erlitten. In diesen Zeiten sei al-

les extrem chaotisch gewesen. Frau Z. wollte unbedingt so werden, wie ihre Schweizer Freundinnen. Sie wünschte nichts sehnlicher, als „normale“ Eltern zu haben und in einer aufgeräumten Wohnung zu leben und nicht in einem Dauerprovisorium.

Tief in ihre Seele eingegraben hat sich die Grundannahme „Du gehörst sowieso nicht dazu!“ Die Eltern und eine Kindergärtnerin hatten ihr oft genug eingebläut, dass sie eine einfache Italienerin sei – und bleibe. Diese Grundangst, eben doch nicht dazugehören, trieb Frau Z. an, sich mächtig ins Zeug zu legen. Als einziges Ausländermädchen in der weiteren Umgebung schaffte sie damals den Schritt ins Gymnasium. Von da an wurde ihr Leben beherrscht von der Angst, Fehler zu begehen. Fehler würden ja genau das bestätigen, was sie tief im Inneren von sich selbst dachte: Nämlich halt doch nur ein dummes und ungeschicktes Italienerchen zu sein, welches nie aus dem Chaos herausfinden und nie wirklich dazugehören würde.

Die chronische Angst vor Fehlentscheidungen ging bei Frau Z. einher mit einer übersteigerten Aufmerksamkeitsaktivierung für alles, was mit potenziellen Fehlern zu tun hatte. Ihr einziges Interesse galt dem Vermeiden von (Fehl-) Entscheidungen. Durch diese Fokussierung auf das Vermeiden von (potenziellen) Fehlern war Frau Z. einerseits sehr konzentriert, gleichzeitig aber den möglicherweise korrigierenden Umweltreizen gegenüber sehr unaufmerksam. Durch alle Einflüsse ausserhalb ihres engen Aufmerksamkeitsbereiches fühlte sie sich in ihrem Hauptbestreben, nämlich aufzupassen, dass ihr keine Fehler unterlaufen, sehr schnell irritiert und leicht abgelenkt. Jede Störung hätte ja eine Unachtsamkeit und damit ein erhöhtes Fehlerrisiko mit sich bringen können. Dieser Fokus bündelte das Aufmerksamkeitssystem von Frau Z. derart, dass sie als Folge im Alltag immer vergesslicher und zerstreuter wurde. Dies wiederum registrierte und alarmierte sie natürlich sofort, was sie nur noch mehr anstachelte, in ihrer beruflichen Tätigkeit noch gründlicher vorzugehen und sich das nächste Mal wirklich zu hundert Prozent abzusichern, bevor sie eine Immobilie oder einen Immobilienfonds kaufte oder verkaufte.

Als ihr Sohn wegen Schulproblemen abgeklärt und dabei über eine ADHS diskutiert wurde, erkannte sie sich in den Fragebögen wieder. Auch sie war furchtbar launisch, vergesslich, ablenkbar, unkonzentriert und unorganisiert. Endlich hatte sie die Erklärung dafür und brauchte nicht mehr zu befürchten, an einer beginnenden Alzheimer-Krankheit erkrankt zu sein. Die Schulpsychologin überwies sie zum besagten Psychiater. Als Frau Z. zum ersten Mal in

meine Sprechstunde kam, hatte sie die Medikamente von sich aus schon abgesetzt. Diese hätten sie furchtbar nervös gemacht, berichtete sie mir.

Frau Z. litt sicher nicht an einer ADHS. Ihre Erkrankung, eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung, kann bei Erwachsenen zu Symptomen führen, die von aussen gesehen einer ADHS sehr ähnlich ist. Meine Behandlung bestand in einer kognitiven Verhaltenstherapie, welche recht bald zu einer deutlichen Linderung der Beschwerden führte. Frau Z. arbeitet heute wieder im Immobilienhandel und konnte ihre Probleme überwinden.

Falsch-positive ADHS-Diagnosen

Durch Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen weiss ich also auch, was es bedeuten kann, eine falsch-positive ADHS-Diagnose zu erhalten und mit Stimulanzien behandelt zu werden, obwohl gar keine ADHS vorliegt. Bei diesen vermeintlich therapieresistenten Patientinnen und Patienten stellen wir zum Teil auch fest, dass die fortbestehenden Probleme daher rühren, dass Depressionen, Ängste und Teilleistungsstörungen als Begleitumstände einer ADHS missdeutet wurden. Dabei handelt es sich oftmals um echte Begleiterkrankungen, also um so genannt komorbide Störungen, die unbedingt einer gesonderten Behandlung bedürfen.

Diese Feststellung, aber natürlich auch das Beispiel der falsch-positiven ADHS-Diagnose bei Frau Z., darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Störungsbild der ADHS vor allem bei Jugendlichen und Erwachsenen heute noch viel zu selten diagnostiziert wird. Dafür sprechen unter anderem Studien über den Verbrauch von Medikamenten, welche bei der ADHS eingesetzt werden. Zwar hat sich der Absatz von Stimulanzien in den letzten Jahren vervielfacht. Dennoch weisen die pro Jahr verbrauchten Mengen (zumindest für die Schweiz) darauf hin, dass ganz offensichtlich immer noch viel zu wenige Betroffene als ADHS-Patientinnen und -Patienten erkannt und fachgerecht behandelt werden.

Die hohe therapeutische Relevanz der Diagnostik

In den Mitteilungen der Veranstalter dieser Tagung hiess es, dass heute viele Eltern meinen Vortrag besuchen würden. Ich schliesse daher nicht aus, dass Sie in Ihrem Umfeld Menschen kennen, die von einer ADHS betroffen sind. Für Sie wird es nicht überraschend sein, wenn ich betone, dass bei Verdacht auf eine ADHS der zuverlässigen und exakten Diagnostik ein sehr hoher Stellenwert zukommt. Nur so nämlich können spezifisch wirksame Therapien empfohlen

und eingeleitet werden. Immerhin geht es bei der Therapie von ADHS-Betroffenen in der Regel auch um den Einsatz von Psychopharmaka. Die Indikation, also die Behandlungsanzeige hierfür, sowie die (hoffentlich) vorausgehende Diagnostik bedingen speziell bei Kindern eine ganz besondere Sorgfaltspflicht.

Die hohe therapeutische Relevanz einer korrekten Diagnosestellung schafft verständlicherweise das Bedürfnis, die Diagnostik der ADHS abzusichern. Die Frage ist daher: Wie kann das gewährleistet werden? Vielleicht kann ein Test Klarheit bringen. Schliesslich ordnen einige Ärztinnen und Ärzte bei ADHS-Verdacht testpsychologische Abklärungen an. An diese Tests werden von Eltern, aber auch von Fachleuten, hohe Erwartungen gestellt: Ein Test soll eine diagnostische Vermutung absichern. Im Weiteren soll er eine eindeutige diagnostische Zuordnung ermöglichen und objektivere Grundlagen geben, um bezüglich Therapie die richtigen Entscheidungen zu fällen. Vermag ein ADHS-Test diese Erwartungen zu erfüllen? Und welche Testverfahren stehen zur Verfügung?

Wie Sie möglicherweise bereits wissen, hat die Erforschung der ADHS im Gehirn von betroffenen Menschen eine Reihe von neurobiologischen Besonderheiten aufgezeigt. Leider haben sich die bisherigen (molekularbiologischen und bildgebenden) Forschungsbefunde als nicht kennzeichnend genug erwiesen, um als diagnostisches Kriterium Verwendung zu finden. Ein Gentest steht uns also noch nicht zur Verfügung.

Fragebogen und Symptom-Checklisten

In der Diagnostik der ADHS haben standardisierte Fragebögen und Symptom-Checklisten zu Recht einen zentralen Stellenwert. Mit ihrer Hilfe sollen Verhaltensauffälligkeiten im Alltag erfasst und vergleichbar gemacht werden. Als besonders zuverlässig haben sich diese Fragebögen jedoch nicht erwiesen. Untersuchungen haben ergeben, dass Beurteilungen über Dritte, welche mittels ADHS-Fragebögen erhoben werden, den Nachteil einer ungenügenden Übereinstimmung von Bewertern/-innen haben. Sie ermöglichen also kein zuverlässiges Abbild des Verhaltens der zu untersuchenden Person. Zudem wurde in weiteren Analysen nachgewiesen, dass ADHS-Merkmale in den Selbstbeurteilungs-Fragebögen für Erwachsene auch dann bejaht werden können, wenn man an einer anderen Grundproblematik leidet. Kritisch ist unter anderem auch, dass zurzeit für viele dieser Verfahren noch keine europäischen Normen vorliegen.

Bei Frau Z. soll gemäss der UTHA-Skala (WURS) und des Brown-Fragebogens höchstwahrscheinlich eine ADHS bestanden

haben. Auch wenn die Testautoren in den Manuals darauf hinweisen, dass die Auswertungen dieser Fragebogentests keine Diagnosestellung erlauben, gilt ein positiver Testausfall im klinischen Alltag vieler Psychologinnen und Psychologen, Ärztinnen und Ärzten halt doch als weiterer Beweis für das Vorliegen einer ADHS.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass standardisierte Fragebögen geeignete Instrumente darstellen, um Informationen über einen Patienten zu erhalten. Eine diagnostische Zuordnung ermöglichen sie indes nicht.

Schul- und neuropsychologische Tests

Übrig bleiben Testverfahren aus der Schul- und Neuropsychologie. Auch wenn sich die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen in Europa der ADHS erst zögerlich annehmen, ändert das nichts daran, dass es sich bei diesem Syndrom um eine klassische neuropsychologische Störung handelt.

Die Neuropsychologie ist eine Spezialdisziplin der Psychologie. Sie befasst sich mit den Wechselwirkungen zwischen Gehirn und Verhalten. In der neuropsychologischen Diagnostik geht es um die Erfassung individueller Leistungsminderungen eines Menschen als Folge einer zerebralen Störung, zum Beispiel nach Krankheit, Unfall, Altersabbau oder eben einer ADHS. Sie erfasst also ein mögliches Defizit im Rahmen eines individuellen Leistungsprofils, welches aufgrund neuropsychologischer Theorie und Anwendungserfahrung mit hinlänglicher Sicherheit auf einer krankhaften organischen Veränderung des Gehirns basiert. Demgegenüber befasst sich die Schulpsychologie mit Lern-, Leistungs- und Verhaltensproblemen im schulischen Kontext. Die (unter anderem) von Schulpsychologinnen und Schulpsychologen durchgeführten Tests sagen etwas darüber aus, wie gut oder schlecht die Leistungen der Testperson im Vergleich zu Gleichaltrigen sind.

Es wäre nun zu erwarten, dass die neuropsychologisch beschreibbaren Störungen, welche die ADHS im Kern ausmachen, mit neuro- oder schulpsychologischen Tests zuverlässig erfassbar sind. Doch es liegen diagnostische Stolpersteine auf dem Weg. Um die Hindernisse in der ADHS-Diagnostik erkennen und umgehen zu können, müssen wir uns noch einmal vor Augen führen, worum es sich bei diesem Syndrom eigentlich handelt.

Exkurs: Hintergründe der ADHS

Gemäss dem aktuellen Forschungsstand besteht das Kernproblem der ADHS in einer neurochemisch bedingten Schwäche der Hemmfunktionen des Gehirns. Forscher/-innen gehen heute davon aus, dass

bei der ADHS bestimmte Nervenzellen nicht genügend aktiv untereinander kommunizieren. Dieser Mangel an neuronaler Aktivität betrifft ausgerechnet diejenigen Hirnfunktionen, welche im Normalfall flexibel die von aussen auf uns eintreffenden Reize filtern, dann sortieren und schliesslich für eine angemessene emotionale und verhaltensbezogene Reaktion auf diese Reize sorgen. Eine Schwäche dieser Hemmfunktionen führt zu einer Überlastung der Informationsverarbeitung, der Verhaltenssteuerung und der inneren Impuls- und Gefühlsregulation. Dies zeigt sich im Alltag in ungesteuertem, hyperaktivem und impulsivem Verhalten sowie in Konzentrationschwächen und dem Unvermögen, sich seinem Alter entsprechend zu organisieren.

Der bekannte amerikanische ADHS-Forscher Russel Barkley bezeichnete die ADHS einmal treffend als Entwicklungsstörung der Selbstbeherrschung. Angehörige kennen diese Problematik bestens: Die Betroffenen können nicht warten, bis sie an der Reihe sind. In Gesprächen platzen sie mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist, sind schnell auf „120“ und zeigen einen impulsiv-flüchtigen Arbeitsstil. Es will ihnen oft einfach nicht gelingen, ihr Verhalten und ihre Impulse situationsangemessen zu steuern. Es scheint manchmal beinahe so, als würde bei ADHS-Menschen ein Defekt der inneren Verhaltens- oder Gefühlsbremse vorliegen.

Kinder und Erwachsene mit einer ADHS zeigen in Familie, Schule, Freizeit, Beziehungen und Beruf eine ausgesprochene Intoleranz gegenüber reiz- und stimulationsarmen Situationen. Alles Regelmässige, Monotone, Langweilige, Reizarme und sich Wiederholende ist für ADHS-Menschen ein Gräuel. In solchen Situationen versagen die mentale und die verhaltensbezogene Selbstbeherrschung. Sobald sie nichts mehr loshaben, werden ADHS-Menschen unruhig, launisch, zappelig und unkonzentriert. Auch Lernen gehört bekanntlich zu den sich wiederholenden Handlungen. ADHS-Betroffene lernen etwas entweder sofort, wenn es neu, frisch oder interessant ist, oder gar nicht, oder nur auf den letzten Drücker und mit maximalem Kraftaufwand. Wo immer möglich versuchen ADHS-Betroffene, den durch Stimulationsmangel bedingten quälenden inneren Zustand zu umgehen. Sie klinken sich geistig aus, schalten ab, wechseln das Programm, schalten den Bildschirmschoner ein und suchen nicht selten das Weite. Sie drücken sich ums Lernen und sind hochgradige Minimalisten. In den Berichten von Schulpsychologinnen und Schulpsychologen heisst es dann bezeichnenderweise, die Schülerin beziehungsweise der Schüler zeige eine Anstrengungs-

vermeidungshaltung, sei motorisch unruhig, störe den Unterricht oder sei verträumt und wirke abwesend.

Unbehandelte ADHS-Betroffene versuchen fortwährend, das subjektiv unerträgliche Vakuum durch Selbst- oder Fremdstimulation zu durchbrechen. Sie hungern ja buchstäblich nach Stimulation. Dazu eignen sich unter anderem: Stuhl- oder Beinewippen, Trommeln an der Tischkante, ständiges sich mit den Fingern durch die Haare streichen, Zupfen am Bart, Rauchen, Nesteln, Kritzeln, Aufstehen, Schwatzen, Provozieren der Lehrperson, der Eltern oder der Partner/-in, Nachhängen interessanter Fantasien oder SMS-Schreiben während des Unterrichts. Hauptsache das ADHS-Gehirn kommt irgendwie zu stimulierendem „Futter“. Es ist sein unersättlicher Hunger nach neuen Reizen und das legitime Bedürfnis ADHS-Betroffener, sich zu spüren, welches schliesslich dazu führt, dass sie so ablenkbar, zerstreut, nervös und hyperaktiv werden.

Vor allem also in monotonen und subjektiv reizarmen Situationen macht sich die ADHS-charakteristische neuronale Minderaktivierung in den betroffenen Hirnabschnitten störend bemerkbar. Indem sich ADHS-Betroffene selbst stimulieren, bewirken sie einen befristeten Anstieg der neuronalen Aktivität in den betroffenen zerebralen Netzwerken. Dies wiederum führt zu einer kurzzeitigen Normalisierung der Selbstregulation und damit auch der behavioralen (verhaltensbezogenen) und kognitiven (mental) Selbstbeherrschung. Es erklärt, wieso ADHS-Betroffene bei grossem Interesse, bei spassvollen Tätigkeiten und schnellen Feedbacks sehr selbstbeherrscht und sehr wohl äusserst aufmerksam sein können. Oder haben Sie sich noch nie gefragt, wieso Kinder mit einer ADHS stundenlang mit dem Gameboy verbringen können, sich beim Lernen von Vokabeln hingegen sperren, als würde der Teufel sie persönlich in Empfang nehmen?

ADHS in der Untersuchungssituation

Was aber bitte hat das alles mit der Diagnostik zu tun? Nun, diese bei ADHS-Patienten ganz besonders stark ausgeprägte Eigenschaft, sich in stimulierenden und anregenden Situationen sehr viel wohler zu fühlen und kognitiv und emotional sehr viel besser zu funktionieren, macht auch vor der Tür der Diagnostikerin beziehungsweise des Diagnostikers nicht Halt. Stellen nämlich die konkreten Untersuchungsbedingungen für die Probandinnen und Probanden eine subjektiv interessante oder gar spannende Herausforderung dar, funktioniert ihr Gehirn mit Garantie besser, als im langweiligen Schul-, Ausbildungs- oder Berufsalltag. Viele Tests sind ganz einfach viel zu interessant. Stellen Sie sich vor, nicht eben wenige dieser Tests

machen sogar Spass! Es sind aber nicht nur die interessanten Testaufgaben, welche eine neuronal stimulierende Herausforderung darstellen können: Wenn die Chemie zwischen Probandinnen und Probanden und Untersucher/-innen stimmt oder eine Besonderheit vorliegt, kann dies – wie die folgenden Beispiele zeigen – speziell bei ADHS-Betroffenen die Testresultate erheblich beeinflussen.

Beispiel Robert S.

Vor vier Jahren untersuchte ich Robert S., einen Burschen, bei dem ich und der zuweisende Hausarzt aufgrund seiner aktuellen Probleme und seiner Krankengeschichte eine ADHS vermuteten. Robert wirkte zu Untersuchungsbeginn auffallend ängstlich und unsicher. Um ihn etwas zu beruhigen, sagte ich ihm, dass von meinen Patienten bisher noch niemand den bevorstehenden Computertest (der erste einer Testreihe) fehlerfrei überstanden habe (was auch der Tatsache entsprach). Er solle sich also selbst nicht allzu sehr unter Druck setzen. Diese Äusserung mobilisierte den Ehrgeiz dieses Patienten und mit ihm offenbar sämtliche verfügbaren Reserven an aktivierenden Neurotransmittern dermassen stark, dass er es trotz später bestätigter ADHS als erster und bisher einziger schaffte, diesen Test fehlerfrei, mit hohem Tempo und grosser Konstanz zu bewältigen.

Beispiel David B.

Ein 16jähriger Bursche mit ebenfalls ausgeprägten ADHS-Symptomen fragte mich vor vier oder fünf Jahren nach einer 20-minütigen computergestützten Testuntersuchung zu meiner Überraschung, ob er diesen Test noch einmal wiederholen dürfe. Und ob er dazu Musik aus seinem Discman anhören dürfe. Er sei sich nämlich sicher, dass es mit Musik viel besser funktioniere. Spontan sagte ich zu und wollte ihm eine meiner meditativen und beruhigenden Musik-CDs reichen. Weit gefehlt: David bevorzugte seine eigene Heavy Metal-CD. Zu meinem Erstaunen waren Davids Leistungen um 35% besser als ohne Musik (viel weniger Fehler, schnellere Reaktionszeiten, konstantere Leistung). Natürlich, er wollte mir etwas beweisen und war sehr motiviert. Nur dies wollte er auch schon beim ersten Testdurchgang. Es war vielleicht tatsächlich nicht nur seine Motivation, sondern die externe auditive Stimulation, durch welche seine Aufmerksamkeitskontrolle zum besseren Funktionieren anregt wurde.

Beispiel Peter F.

Bei einem anderen Jungen, der uns mit ADHS-Verdacht vorgestellt wurde, stellten wir fest, dass er in denjenigen Tests, die ich mit ihm durchführte, trotz guter Stimmung und Motivation schwache Leistungen erbrachte. Der zweite Teil der Untersuchung fand durch eine ehemalige Mitarbeiterin statt. Dort führte sich der Knabe bockig auf und zeigte ein sehr ungeduldiges Verhalten. Meiner damaligen Kollegin gegenüber verhielt er sich reserviert bis unfreundlich. Alle durch die Kollegin abgenommenen Tests fielen interessanterweise gut aus. Da sowohl ich als auch die Kollegin verschiedene Tests zu denselben Grundfunktionen durchführten, konnten die markanten Unterschiede nicht auf Teilleistungsschwächen beruhen. Merkwürdig war, dass der Knabe sich in der Situation, in welcher er sich nicht wohl fühlte, plötzlich viel leistungsfähiger war. Ich rief Peter F. daraufhin an und erkundigte mich bei ihm, ob er vielleicht eine Erklärung für dieses Phänomen habe. Spontan berichtete er mir, dies sei doch völlig normal: Wenn er sich aufrege, funktioniere sein Gehirn immer besser als im Normalzustand. Die Art der Kollegin habe ihn schlicht und einfach genervt.

Stolpersteine der Testdiagnostik

Im Rahmen meiner Arbeit habe ich Menschen mit einer ADHS kennen gelernt, bei welchen die Testuntersuchungen völlig unauffällige Resultate hervorbrachten. Sie sehen an den Beispielen von Frau Z., Robert, David und Peter, dass die Diagnostik der ADHS mit einigen heimtückischen Stolpersteinen versehen ist.

Stolperstein I

Wenn ein Kind in der Schule und daheim Lern- und Verhaltensprobleme hat, ein ADHS-Verdacht besteht und das Kind in einer psychologischen Testuntersuchung unauffällige Leistungen erbringt, heisst das nicht zwingend, dass keine ADHS vorliegt.

Aus verschiedenen Untersuchungen zur Tauglichkeit von Testverfahren bei ADHS wissen wir heute, dass geeignete Testkombinationen typische ADHS-Merkmale bei Kindern recht genau erfassen können und teilweise auch eine gewisse Zuordnung „ADHS: Ja oder nein“ ermöglichen. Nur: Der im klinischen Alltag äusserst wichtige negative Voraussagewert eines Tests – also die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient mit negativem Testergebnis mit ausreichender Sicherheit keine ADHS hat – ist vielfach nicht gewährleistet. Aber genau dies ist im klinischen Alltag relevant, da selbst bei Fachleuten die Erwartung besteht, dass aufgrund von Testergeb-

nissen eine diagnostische Zuordnung möglich werden soll (wie etwa bei einem Schwangerschaftstest).

Selbst für den Fall, dass es sich bei der ADHS um eine situationsunabhängige hirnorganische Funktionsstörung handeln würde, welche man zu verschiedenen Zeitpunkten in mehr oder weniger gleicher Ausprägung diagnostisch erfassen könnte, müssten wir mit weiteren Stolpersteinen rechnen. Es existieren meines Wissens keine bewährten und an ausreichend grossen europäischen Stichproben überprüften neuropsychologische Tests oder Testreihen, welche es im klinischen Alltag erlauben, aufgrund eines oder mehrerer positiver Testbefunde mit ausreichend hoher Wahrscheinlichkeit eine ADHS zu identifizieren und zugleich genügend sicher von anderen Erkrankungen zu unterscheiden. Untersuchungen zeigen unter anderem Folgendes: Werden neuropsychologische Testleistungen von erwachsenen ADHS-Betroffenen mit jenen von Gesunden verglichen, lassen sich in der klinischen Gruppe zwar meist auffällige und nicht normgerechte Testresultate feststellen. Aber auch neuropsychologische Untersuchungen von Patientinnen und Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen ergaben Auffälligkeiten im Bereich verschiedener Aufmerksamkeits-, Selbstkontroll- und Gedächtnisfunktionen.

Vergessen wir nicht, dass Aufmerksamkeitsstörungen und hyperaktives Verhalten für sich gesehen unspezifische Symptome sind (und bleiben): Konzentrationsschwächen, leichte Ablenkbarkeit, Zerstretheit, Vergesslichkeit, ungenügende Selbstbeherrschung, ein chronisches Versagen der Verhaltens- und Gefühlsregulation, schlechte Planungs- und Selbstorganisationskompetenzen, ja selbst Aufmerksamkeitsstörungen, welche sich mit Tests objektivieren lassen, sind allesamt Symptome, welche bei sehr vielen psychischen, internistischen oder neurologischen Erkrankungen vorkommen können. Zu guter Letzt können sie für sich genommen auch bei Gesunden auftreten.

Stolperstein II

Wenn ein Kind in der Schule und daheim an Lern- und Verhaltensproblemen leidet und Tests ADHS-typische Resultate ergeben, heisst das nicht zwingend, dass eine ADHS vorliegt.

Wie ein roter Faden ...

Zentral ist neben der Befundaufnahme die Erhebung einer differenzierten Entwicklungs- und Eigenanamnese. Auch bei Erwachsenen erfolgt wegen des obligat frühen Krankheitsbeginns wenn immer möglich eine fremdanamnestiche Befragung der Eltern. Da einzelne

Symptome der ADHS bei vielen anderen internistischen, neurologischen, psychischen oder posttraumatischen Störungen auftreten können und in moderater Ausprägung zum Repertoire menschlicher Verhaltensweisen schlechthin gehören, spielt das sorgfältige Erheben der Krankengeschichte die zentrale Rolle bei Verdacht auf eine ADHS. Die Grundsymptome der ADHS müssen sich wie ein roter Faden (also nicht nur periodisch wie etwa im Zusammenhang mit depressiven Episoden oder als Folge von Teilleistungsstörungen) durch das ganze Leben der Betroffenen ziehen und zu einer nachhaltigen Behinderung der persönlichen, psychischen, zwischenmenschlichen und beruflichen Entfaltung führen. Denken wir zurück an Frau Z.: Sowohl die klinischen als auch alle Testbefunde liessen sich erst auf dem Hintergrund ihrer Gesamtpersönlichkeit, ihrer Biografie, des psychosozialen Kontextes und ihrer Krankengeschichte richtig einordnen.

Sinn und Zweck von Testuntersuchungen

Aus allen mir bekannten deutschsprachigen ADHS-Ratgebern geht hervor, dass psychologische Tests der Nachweiserbringung dienen sollen, dass tatsächlich Aufmerksamkeitsstörungen vorliegen. Das aber ist sicher nicht der Sinn von Testuntersuchungen. Will man aus Testresultaten Implikationen für die Therapie ableiten, ist nicht die Frage bedeutsam, ob jemand Aufmerksamkeitsstörungen aufweist. Dafür liefert uns der Alltag schon genügend Hinweise. Weiter bringt uns vielmehr die Frage nach dem Warum. Also: Nicht ob, sondern warum jemand unkonzentriert, impulsiv und hyperaktiv ist, soll die testpsychologische Diagnostik – als Teil einer umfassenden Untersuchung – bei ADHS-Verdacht erhellen.

ADHS-Test?

Die Entdeckung eines einfach nachzuweisenden ADHS-spezifischen Aufmerksamkeitsdefizits würde die ganze ADHS-Diagnostik auf einen Schlag vereinfachen. Gemeint ist eine ausschliesslich bei der ADHS und nicht auch beispielsweise bei Depressiven oder Menschen mit Persönlichkeitsstörungen vorkommende, spezielle und zuverlässig messbare Aufmerksamkeitsschwäche. Leider konnte in Untersuchungen bisher keine ADHS-spezifische Aufmerksamkeitschwäche gefunden werden. Von einem ADHS-Test in der Art eines zuverlässigen Schwangerschaftstests sind wir meilenweit entfernt.

Wahrscheinlich wird man das ADHS-kennzeichnende Aufmerksamkeitsdefizit gar nie entdecken, da es – so meine persönliche Vermutung – gar nicht existiert. Die ADHS ist nämlich alles andere als eine sich klinisch homogen manifestierende, leicht beschreibbare

und einfach diagnostizierbare Erkrankung. Sie ist charakterisiert durch eine hohe inter- und intraindividuelle Variabilität der beobachtbaren und im Einzelfall dominanten Symptome.

Denken wir nur einmal daran, wie stark sich der unaufmerksame vom hyperaktiven Typus der ADHS unterscheidet und wie verschieden sich die ADHS bei Buben und Mädchen, bei Männern und Frauen entwickeln kann. Hier das stille, übermässig verträumte, vergessliche und ängstliche Mädchen mit der „langen Leitung“. Dort der laute, hyperaktive, provozierende, motorisch ungeschickte und überall aneckende ADHS-Knabe. Aber auch die Frau mit einem Messie-Syndrom, also einer meistens ADHS-bedingten Unfähigkeit, aufzuräumen und Ordnung zu halten oder der chronische Temposünder und Adrenalin-Junkie mit ständigem Stellen- und Partnerwechsel, der immer Neues anreißt, allen vieles verspricht und kaum etwas einhält, sich chronisch verspätet und an seinem Ruf der Unzuverlässigkeit seelisch zerbricht.

Die heterogenen neuropsychologischen Befunde bei ADHS-Betroffenen und die verschiedenen klinischen Erscheinungsformen, Begleiterkrankungen und Krankheitsverläufe einer ADHS lassen die Frage aufkommen, ob denn wirklich alles, was wir heute unter ADHS verstehen, tatsächlich unter nur einen einzigen Hut gehört. Ich nehme an, dass zukünftige Forschungsbemühungen zu einem viel differenzierteren Konzept führen, was wir heute zusammenfassend unter dem Begriff der ADHS zu verstehen versuchen.

Psychometrische Tests: wirklich hilfreich?

In Sachen Testdiagnostik der ADHS sieht es also recht düster aus. Wenn selbst sehr ADHS-verdächtige Testresultate, die nach allen Regeln der Kunst ermittelt und interpretiert wurden, keine die Diagnose beweisende oder ausschliessende Bedeutung haben, auch Patienten mit anderen psychischen Störungen in diesen Tests auffällige Resultate erzielen können und sich schliesslich mit unauffälligen Befunden eine ADHS nicht ausschliessen lässt, dann werden Sie sich natürlich fragen, ob psychometrische Tests bei ADHS-Abklärungen überhaupt noch Sinn machen. Wird durch den Einsatz solcher Verfahren sogar falschen Beurteilungen und damit Kunstfehlern Vorschub geleistet? Sollte man gar besser auf Tests ganz verzichten und sich auf das gründliche Erheben einer Krankengeschichte, auf die offiziellen diagnostischen Kriterien, und die eigene klinische Erfahrung und Intuition verlassen? Immerhin verfügen wir bereits über zuverlässige ADHS-Kriterien im Rang eines Goldstandards. Ich denke an die wissenschaftlich gut abgestützten und zuverlässigen diagnostischen Kriterien der WHO (ICD-10) und der amerikanischen

Gesellschaft für Psychiatrie (DSM-IV). Für die ADHS gelten, wie für alle anderen psychischen und psychoorganischen Erkrankungen, klar definierte diagnostische Regeln. Gemäss DSM-IV manifestiert sich die ADHS für alle Altersstufen, also auch für Erwachsene, in charakteristischen Aufmerksamkeitsstörungen und/oder in hyperaktivem und impulsivem Verhalten. Es werden achtzehn ADHS-typische Verhaltensmerkmale sowie weitere verbindliche Kriterien definiert, ohne dabei auf psychologische Tests Bezug zu nehmen. Soll man sich nun ausschliesslich auf diese offiziellen Kriterien stützen?

ADHS-Leitlinien: Tests sollen nicht nötig sein

Zahlreiche ADHS-Expertinnen und -Experten und auch verschiedene Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der ADHS formulieren denn auch unmissverständlich, dass zur Diagnose der ADHS psychologische Tests nicht wirklich erforderlich sein sollen. Auch die vor drei Jahren gegründete und heute über 500 Mitglieder zählende „Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V.“ mit Sitz in Forchheim (D) vertritt in ihren Leitlinien zur Diagnostik und Therapie bei ADHS (Revision 2003) diese Position. Im Abschnitt zu den testpsychologischen Untersuchungen heisst es wörtlich: „Sie sind dann indiziert, wenn differenzialdiagnostisch als Ursache für eine ADHS-(Teil)-Symptomatik umschriebene Leistungs- oder Verhaltensstörungen (wie Intelligenzdefizit, Lese-Rechtschreib- oder Rechenstörung, dissoziales Verhalten) infrage kommen.“

Merkwürdig, denn umschriebene Leistungs- oder Verhaltensstörungen treten so häufig auf, dass sie bei Verdacht auf ADHS grundsätzlich immer explizit durch die entsprechenden Testverfahren auszuschliessen sind. Und weiter: „Betrachten der Schulmappe und der Hefte (Ordnung, Führung, Schrift, Einteilung) geben Hinweise auf Störungen der (visuo-) motorischen Koordination (Schrift), Aufmerksamkeit (Flüchtigkeitsfehler) und auf Lese-Rechtschreib-Schwäche.“ Und: „Ansonsten ist eine abschätzende Beurteilung der intellektuellen Leistungsfähigkeit und des Aufmerksamkeitsverhaltens in der Schule durch die Lehrerbeurteilung und die Noten in den Zeugnissen möglich.“

Ich will nicht ganz ausschliessen, dass für einige sehr erfahrene Pädiater/-innen, Psychiater/-innen sowie Psychologinnen und Psychologen nach langjähriger Berufspraxis das Betrachten der Schulmappen und die anderen beschriebenen Massnahmen ausreichen, um Probleme bezüglich Aufmerksamkeit, Visuomotorik oder eine Rechtschreibstörung erkennen zu können. Nur wurden die Leitlinien ja nicht nur für die alten und erfahrenen Hasen verfasst.

In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie heisst es des Weiteren zum Thema Testdiagnostik bei Verdacht auf ADHS kurz und bündig: „Zumindest eine orientierende Intelligenzdiagnostik wird bei allen Schulkindern empfohlen.“ Wieso ausgerechnet eine Intelligenzdiagnostik? Was wissen wir dann mehr in Sachen ADHS eines potenziell von dieser Störung betroffenen Menschen? Nahezu alle ADHS-Ratgeber und viele Leitlinien empfehlen eine Intelligenzdiagnostik. Dabei geht man offenbar davon aus, dass es sich bei den gemessenen Leistungen um unabhängige Grössen handelt. Aufmerksamkeitsstörungen zeigen sich aber nicht nur in der Schule, im Beruf oder im Familienalltag. Sie lassen sich natürlich auch während einem IQ-Test nicht einfach ausschalten. Mein Rat: Glaube nie einem IQ-Test. Erst recht nicht bei Verdacht auf ADHS. Die Test-Leistungen könnten konfundiert sein unter anderem durch Aufmerksamkeitsstörungen, psychomotorische Defizite, motivationale Einflüsse oder etwa auch durch Auswirkungen des am Vorabend der Untersuchung konsumierten Cannabis. Ausserdem: IQ-Tests werden an Gesunden normiert und nicht an klinischen Stichproben. Mir sind rund zwei Dutzend Patienten (vor allem Mädchen) bekannt, bei welchen fälschlicherweise eine Intelligenzminderung diagnostiziert wurde. Die Folgen für die Betroffenen waren und sind fatal. Auch ich versuche mit geeigneten Tests und unter Berücksichtigung der oben genannten Faktoren das Intelligenzniveau der Patienten zu bestimmen. Bei ADHS-Patientinnen und -Patienten liegt das allgemeine Intelligenzniveau oft deutlich höher, als Schul- und Ausbildungskarriere es vermuten lassen.

Auch die Praxis zeigt es: Tests sind doch notwendig

Die Empfehlungen verschiedener Leitlinien, dass zur Diagnostik bei ADHS-Verdacht eine testpsychologische Untersuchung nicht wirklich notwendig ist, können zu diagnostischen Fehleinschätzungen führen. Dazu die Geschichte von Marc:

Marc besuchte die 4. Klasse. Probleme mit der Konzentration, motorische Unruhe, impulsives Verhalten, grosse Ungeduld, Reizbarkeit, eine schlechte Handschrift, Ängstlichkeit im Turnen, ein distanzloses Sozialverhalten sowie grosse Schwankungen in den Schulleistungen (speziell im Rechnen) führten vor einem Jahr zu einer Abklärung durch eine Schulpsychologin. Diese stellte in einem sprachfreien Intelligenztest fest, dass der Bub eine gute Grundintelligenz aufweist. Im HAWIK-III, welcher die sprachliche und die praktische Intelligenz eines Kindes prüft, fielen gute verbale und bedeutsam schlechtere Leistungen im Praxisteil auf.

Die mit der ADHS etwas vertraute Schulpsychologin legte den Eltern eine auf den diagnostischen Kriterien des DSM-IV beruhende ADHS-Symptom-Checkliste vor und stellte fest, dass viele Merkmale bejaht wurden. Sie überwies den Knaben daraufhin an eine Kinderärztin, welche mit POS-Kindern vertraut ist (in der Schweiz wird statt ADHS teilweise noch die Abkürzung POS – psychoorganisches Syndrom – verwendet). Die durch die Kinderärztin durchgeführte neuromotorische Untersuchung ergab verschiedene Auffälligkeiten, vor allem aber in Tests, welche konstruktive Kompetenzen (zum Beispiel das Bauen nach Vorlage) prüften. Es wurde eine POS-Diagnose gestellt. Eine daraufhin eingeleitete Psychomotorik-Therapie wurde nach neun Monaten abgebrochen, da Marc keine Therapieerfolge zeigte und immer unmotivierter und trotziger wurde. Die Kinderärztin überwies ihn schliesslich zu mir.

Marc war ein Bub mit offener Ausstrahlung. Er war an allem sehr interessiert, wirkte aber unsicher und gehemmt. Bei Fragen zu seiner Orientierung fiel auf, dass der Bub nicht in der Lage war, meine Analoguhr zu lesen. Im Antriebsverhalten wirkte der Knabe unauffällig. Marc war sicher kein klassischer Zappelphilipp.

Bei Abklärungen gehen wir immer so vor, dass wir uns nicht nur von den Eltern, sondern auch von den Lehrkräften ausgiebig informieren lassen. Lehrer/-innen sind stundenlang mit den Kindern zusammen und können uns wertvolle Verhaltensbeobachtungen übermitteln. Der Lehrer schrieb uns, dass Marc geistig oft abwesend und nicht bei der Sache sei. Vor allem im Rechnen und Zeichnen müsse er ihn mindestens einmal pro Stunde in den Unterricht zurückholen. Lesen gehe ganz gut. Er könnte bessere Leistungen erbringen, speziell im Rechnen und Zeichnen. Besonders das Abzeichnen wolle gar nicht gelingen. Oft komme es aber gar nicht soweit, da er im Fach Zeichnen immer schon störrisch gewesen sei und es immer wieder vorkomme, dass er sich ganz verweigere. Marc sei Einzelgänger, habe wenig Selbstvertrauen, sei oft stur und unflexibel. Die Auswertung des Conners' Lehrerfragebogens ergab mittelgradig erhöhte Werte auf den Skalen „Unaufmerksamkeit“, „Impulsivität“ und erhöhte Werte auf der Skala „Opposition/Trotz“. Die Werte in der Skala „Soziale Probleme“ erwiesen sich als leicht erhöht.

Die Erhebung der Krankengeschichte ergab Folgendes: Ausser viel Stress nach einen Bagatell-Verkehrsunfall sei die Schwangerschaft unauffällig verlaufen. Allerdings rauchte die Mutter nach eigenen Angaben zehn Zigaretten pro Tag. Alkohol habe sie selten konsumiert. Geburt und die neonatale Adaption waren ebenfalls unauffällig. Die motorische Entwicklung verlief leicht verzögert. Marc

krabbelte nicht, sondern lief plötzlich irgendwann. Die Sprachentwicklung verlief normal, ebenso die Entwicklung des sozialen Interaktionsverhaltens. Seit dem zweiten Lebensjahr besteht eine Neurodermitis. Marc hatte die üblichen Kinderkrankheiten und war generell ein gesundes Kind.

Die Mutter berichtete mir, dass Marc schon im Vorschulalter immer wenig Geduld gehabt habe und ein launischer Bub gewesen sei. Vor allem habe er im Vergleich zu seinem um drei Jahre älteren Bruder immer wenig mit Holzklötzen gebaut und – wie sie hervorhebt – überhaupt nie mit LEGO gespielt. Marc war und ist ein sehr anstrengendes Kind. Den Weg in den Kindergarten und in die Schule habe man x-mal üben müssen. Er habe es einfach nicht begriffen. In fremder Umgebung könne er sich bis heute schlecht orientieren. Und dies, obwohl er sonst ein gutes Gedächtnis habe. Draussen, vor allem an befahrenen Strassen, sei Marc sehr unvorsichtig. Er sehe anscheinend die herannahenden Autos nicht recht. Der Augenarzt habe jedoch nichts Ungewöhnliches feststellen können. Bis in die 2. Klasse habe der Knabe nie gezeichnet. Mit der Schere an Linien entlang schneiden gehe heute noch nicht. Auf unlinierten Blättern schreibe er schöner als auf linierten Vorlagen. Marc sei unordentlich und nicht in der Lage, seine Kleider zusammenzulegen.

Die Auswertung des ADHS-Elternfragebogens von Conners und anderer standardisierter Checklisten ergab Profile, welches den Erwartungswerten beim Vorliegen einer ADHS entsprechen würde. Die Familienanamnese (gemeint sind Erkrankungen bei Geschwistern, Eltern und anderen Blutsverwandten) war unauffällig. Marc lebte in geordneten sozialen und familiären Verhältnissen. Sein gesunder Bruder besuchte die Bezirksschule.

Wie es weiterging mit Marc, werden Sie später erfahren. Zunächst werde ich Ihnen einige wenige der im Rahmen einer umfassenden testpsychologischen Untersuchung angewandten Tests vorstellen.

Konzentrationstests alleine reichen nicht

Entgegen den Ausführungen einiger ADHS-Ratgeber reicht es bei Verdacht auf ADHS nicht aus, nur Konzentrationstests durchzuführen. Wieso? Man kann die Aufmerksamkeitsfunktionen nicht alleine durch Aufmerksamkeitstests erfassen, da Aufmerksamkeitsleistungen grundsätzlich immer mit Wahrnehmungs-, Gedächtnis- und anderen mentalen und motorischen Funktionen verknüpft sind. Nur eine neuropsychologische Untersuchung erlaubt es, allfällig festgestellte Aufmerksamkeitschwächen in ihrer Relation zu anderen Funktionsbereichen zu verstehen. Man kann also die Aufmerksam-

keitsfunktionen nicht alleine durch Aufmerksamkeitstests erfassen. Diese wichtige Relation wird auch in amerikanischen ADHD-Schnelltests wie etwa dem computergestützten T.O.V.A oder anderen Continuous Performance Tests (zum Beispiel dem Gordon Diagnostic System) vernachlässigt.

Wahrnehmung

Bei Untersuchungen von Kindern wie auch von Erwachsenen prüfen wir immer als Erstes die visuelle und auditive Wahrnehmung. Sehen und hören unsere Probanden gut und können sie das mit den Augen und Ohren Wahrgenommene zentral verarbeiten? Marc sah und hörte gut. Farben konnte er problemlos unterscheiden. Er hatte unter anderem auch keine Probleme, klangähnliche Silben zu differenzieren und vermochte auch Tonhöhen gut zu unterscheiden. Aufgaben, welche die visuelle Wahrnehmung prüften, fielen bei Marc indes generell schwächer, aber doch noch normgerecht aus.

Aufmerksamkeit

Wir prüften anschliessend unter anderem die Aufmerksamkeitsaktivierung, die Daueraufmerksamkeit unter monotonen Reizbedingungen sowie verschiedene Aspekte der selektiven und fokussierten Aufmerksamkeit. In computergestützten und zum Teil furchtbar langweiligen Daueraufmerksamkeitstests erbrachte Marc im auditiven Modus gute, im visuellen Modus von der Fehlerzahl her grenzwertige Leistungen. Der Verlauf war recht konstant und auch die Schwankungen der Reaktionszeiten hielten sich noch im individuell zu erwartenden Normbereich. In einem anderen Dauerkonzentrationstest, bei dem das Tempo nicht vorgetaktet ist und der viel manuelle Aktivität erfordert, erbrachte Marc denkbar schwache Leistungen. Häufig vermögen sich ADHS-Betroffene, wenn sie nur an einer Sache beschäftigt sind, noch ordentlich gut zu konzentrieren. Dazu reicht ihre Aufmerksamkeitsenergie. Wehe aber sie müssen schnell umschalten und in der Art eines Kameranenschwenks den Aufmerksamkeitsfokus flexibel auf ein neues Ziel verschieben. Dafür reicht die Aufmerksamkeitsenergie oftmals nicht mehr aus. Wir prüfen daher auch immer, wie flexibel die Probanden bei Anforderungen sind, in denen es darum geht, den Aufmerksamkeitsfokus zu wechseln. Auch in diesen Tests erbrachte Marc erwartungswidrige Leistungen. Wir haben dann geprüft, wie leicht er sich durch irrelevante Informationen stören und ablenken lässt und wie gut sich Marc gleichzeitig auf Verschiedenes zu konzentrieren vermochte. In der Schule muss er ja in der Lage sein, dem Lehrer zuzuhören, währenddem er gleichzeitig seine Aufmerksamkeit auf den Hellraumprojek-

tor richten und sich einigermaßen lesbare Notizen anfertigen muss. Das funktioniert nur dann, wenn genügend Aufmerksamkeitskapazität vorhanden ist. Marcs Leistungen in diesem Test entsprachen dem unteren Normbereich.

Impulskontrolle / Reaktionsunterdrückung

Viele Kinder mit einer ADHS zeigen als Folge der Impulshemmschwäche einen flüchtigen und impulsiven Arbeitsstil. Sie schreiben, bevor sie die Fragen gelesen haben, reden drauflos, bevor man die Frage ausgesprochen hat und handeln, meist ohne vorher zu denken. Ein Test muss also auch zeigen, ob die Probandinnen und Probanden sich selbst ausreichend gut beherrschen können. Dieses kann aus vielen verschiedenen Tests herausgelesen werden. Beobachtet wird dabei unter anderem die Anzahl der falschen oder vorzeitigen Reaktionen. Einige computergestützte Tests messen, ob die Reaktionen auf unwichtige Stimuli ausreichend gut gehemmt, ob Impulse gut genug unterdrückt werden können. Beispiel: Die Probandin beziehungsweise der Proband sieht auf dem Monitor entweder ein X oder ein +. Beim Erscheinen des X (und nur beim X) muss so schnell wie möglich eine Taste gedrückt werden. Nach dem ersten auf dem Monitor wahrgenommenen Pixelchen rast der Finger von ADHS-Betroffenen meist in ungeheurem Tempo Richtung Taste. Der Drück-Impuls kann bei Erscheinen des + nicht rechtzeitig gehemmt werden. Erwartet werden könnte, dass die Probandin beziehungsweise der Proband nach einer Fehlreaktion das Tempo spontan verlangsamt, um das nächste Mal richtig zu reagieren. ADHS-Betroffene (aber natürlich auch Patientinnen und Patienten mit anderen frontalen Störungen wie etwa einem Frontalhirnsyndrom nach einer Hirnverletzung) schaffen dies nicht. Sie stürmen in diesen Tests vorwärts als gälte es, Rom zu erobern. Marcs Leistungen in Sachen Impulskontrolle zeigten, dass seine Selbstbeherrschung, also die automatische Verhaltenskontrolle, nicht den Erwartungswerten von gesunden, sondern eher denen von ADHS-Knaben entsprach.

Erinnern wir uns kurz auch an Frau Z., welche übrigens in einer Universitäts-Klinik neuropsychologisch untersucht wurde. Die mit der Abklärung beauftragte Neuropsychologin stellte damals fest, dass die Patientin in allen Tests extrem langsam arbeitete. Gute Konzentration ergibt sich bekanntlich aus einem sich automatisch einstellenden Mix zwischen Tempo und Sorgfalt. Weder extrem schnell mit sehr vielen Fehlern noch das Gegenteil, also extrem langsam und null Fehler sind ein befriedigendes Ergebnis. Die Angst vor Fehlern führte bei Frau Z. dazu, dass sie normalerweise automatisch ablaufende Prozesse immer mehr unter ihre bewusste Kontrolle brachte.

Die Folge war, dass sie bei komplexeren Aufmerksamkeitstests unflexibel und überfordert war, weil sie jedes und alles kontrollieren wollte und musste.

Gedächtnis / Lernen

Zu einer umfassenden Testuntersuchung bei Verdacht auf ADHS gehört immer auch eine Prüfung der Lern- und Gedächtnisfunktionen. Warum? Hat ein Kind in erste Linie Probleme, verbale Informationen aufzunehmen, abzuspeichern oder aus dem Langzeitgedächtnis abzurufen, so muss es sich im Unterricht viel mehr anstrengen als andere, um den Stoff beim Lesen, aber auch beim Zuhören, im Kontext verstehen zu können. Es wird versuchen, die Gedächtnisschwäche durch eine verstärkte Aufmerksamkeitszuwendung auszugleichen. Dies mit der Folge, dass das Kind insgesamt unkonzentrierter, unruhiger und störungsanfälliger wird. Unkonzentriertes Verhalten geht also nicht in jedem Fall auf primäre Aufmerksamkeitsstörungen zurück. Da das Kind wegen der Gedächtnisschwäche auch aus seinen Erfahrungen nicht so gut lernen kann wie andere, kann sich auch der Erwerb von sozialen Kompetenzen viel schwieriger gestalten. Und dies führt – ähnlich wie bei einer ADHS – immer wieder zu reaktiven Verhaltensstörungen.

Bei Marc ergab die Prüfung der verbalen Merk-, Lern- und Gedächtnisleistungen im oberen Durchschnittsbereich liegende Leistungen. Die Untersuchung der visuell-figuralen Gedächtnisleistungen ergab ebenfalls noch gute Leistungen: Marc konnte kurz zuvor gelernte visuelle Vorlagen recht gut wiedererkennen. Das Figural-Gedächtnis war also in Ordnung, wenn auch deutlich schwächer ausgeprägt als bei Anforderungen an sprachliche Lernprozesse.

Raumverarbeitung

Eine Untersuchung der Raumverarbeitung zeigte, dass Marc sich mentale Rotationen mässig gut vorstellen konnte. Interessanterweise aber war für ihn das Zeichnen einer vorab gelernten visuellen Vorlage aus dem Gedächtnis fast nicht machbar. Wohl gemerkt, er vermochte sich sehr wohl an die Figur erinnern. Auch das Nachlegen von geometrischen Figuren mit Holzstäbchen wollte gar nicht klappen. Marc war zwar fähig, die Vorlagen visuell-analytisch zu erfassen, sich diese zu merken und er konnte sie auch beschreiben, aber das Nachlegen gelang ihm nicht. Bereits aus dem HAWIK-III, den die Schulpsychologin damals durchführte, wurde ersichtlich, dass er beim Nachlegen von Mosaikvorlagen mit Würfeln und beim Zusammensetzen der Puzzleteile sehr schwache Werte erreichte.

Lesen, Schreiben, Rechnen

Die Leistungen von Marc in Sachen Rechtschreibung fielen relativ gut aus. Das Lesen fiel ihm in der Testsituation schon schwerer. Seine Rechenkompetenzen hingegen entsprachen in keiner Art und Weise den Erwartungswerten. Auch gemäss Lehrerbericht bestehen im Rechnen erhebliche Rückstände. Auf eine Untersuchung des Intelligenzniveaus konnten wir verzichten, da der HAWIK-III innerhalb des letzten Jahres abgenommen wurde.

Räumlich-konstruktive Störungen

Die Untersuchung ergab also in erster Linie Auffälligkeiten im sogenannten visuo-konstruktiven Bereich. Ungenügend waren Marcs Leistungen primär in denjenigen Tests, welche Anforderungen an die Auge-Hand-Koordination stellten. Marc litt nicht an einer ADHS, sondern primär an einer räumlich-konstruktiven Störung unklarer Ursache. Seine Aufmerksamkeitsstörungen waren mit grosser Wahrscheinlichkeit sekundärer Natur.

Räumlich-konstruktive Störungen gehören zu den häufigsten Folgen zerebraler Dysfunktionen unterschiedlichster Genese. Gemeint ist eine Schwäche, einzelne Elemente einer Figur manuell und unter visueller Kontrolle zu einem Ganzen zusammenzufügen. Es handelt sich um eine diskrete Form konstruktiver Apraxie und zählt zu den Raumverarbeitungsstörungen. Kinder mit dieser Symptomatik bekunden grosse Mühe beim Abzeichnen von Vorlagen oder beispielsweise beim Zusammenlegen von Kleidungsstücken. Sie sind ausserstande, altersentsprechend Ordnung zu halten, weil sie nicht umsetzen können, was ihnen im Kopf vorschwebt (im Gegensatz zu ADHS-Patienten, bei welchen bereits im Kopf Unordnung herrscht). Sie können Winkel schlecht einschätzen, Analoguhren nicht lesen, müssen den Schulweg x-mal üben, begreifen Landkarten, können sie aber nicht anwenden, können im Verkehr Abstände nicht richtig einschätzen, zeichnen und basteln kaum, spielen nicht LEGO und schreiben ohne Hilfslinien oft besser als mit.

Kinder mit diesen Störungen erbringen im HAWIK-III sehr schwache Leistungen beim Nachbauen der Mosaikvorlagen und beim Figurenlegen. Im K-ABC, einem anderen verbreiteten Intelligenztest für Kinder, ist es der Nachlegetest mit den Dreiecken, bei dem diese Patienten versagen. Rechenschwächen sind häufige Folgen, weil dafür eine intakte Raumverarbeitung eine Voraussetzung ist. Logisch ist doch, dass auch Kinder mit dieser Störung versuchen, ihre Defizite durch eine erhöhte Aufmerksamkeitszuwendung auf

Ersatzmechanismen zu kompensieren. Sie wirken in der Folge unflexibel, ablenkbar und unsicher.

Letztlich haben Kinder mit räumlich-konstruktiven Störungen, und vor allem dann, wenn auch räumlich-kognitive Störungen vorliegen (schwaches räumliches Vorstellungsvermögen), oftmals Probleme im sozialen Umgang. Sie werden bei Mannschaftsspielen oftmals als Letzte aufgenommen, da sie auf dem Spielfeld wegen ihrer gestörten Raumorientierung versagen. Auch die Nähe-Distanzorientierung im Zwischenmenschlichen klappt nicht: Sie ecken bei anderen an und werden aggressiv. Oder sie werden ängstlich, weil sie unsichtbare Orientierungsprobleme aufweisen. Die soziale Distanz zwischen Menschen besitzt bekanntlich auch eine räumliche Dimension. Sie merken es schon: Sehr viele dieser Auswirkungen von räumlich-konstruktiven Störungen kennen wir bestens bei Kindern mit einer ADHS. Wie häufig bei einem Patienten eine ADHS und eine räumlich-konstruktive Störung gleichzeitig auftreten, ist meines Wissens nicht bekannt. Ich schätze jedoch, dass dies bei jedem 10. Kind mit einer ADHS der Fall sein könnte.

Konsequenzen

Wie Marcs Beispiel zeigt, lässt sich nur durch eine umfassende neuropsychologische Testung einigermaßen sicherstellen, dass nicht andere zerebrale Funktionsstörungen für die Aufmerksamkeitschwächen und deren Folgen verantwortlich sind. Bei Marc wurde genau dies ausser Acht gelassen mit der Konsequenz, dass er nicht in den Genuss einer spezifisch wirksamen Therapie kam. Schliesslich soll Diagnostik ermöglichen, geeignete Therapien einzuleiten. Anstelle der Psychomotorik-Therapie wäre eine Ergotherapie beziehungsweise ein neuropsychologisches Training zur Behandlung der räumlich-konstruktiven Defizite indiziert gewesen. Ich empfehle in diesem Zusammenhang das Therapieprogramm DIMENSIONER von Muth & Heubrock. Da ich keinen Kontakt zu Marc mehr habe, kann ich den Ausgang der Behandlung nicht kommentieren.

Das ADHS-Ausschlusskriterium

Ich erwähnte vorhin die diagnostischen Manuale der WHO beziehungsweise der amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie. Das DSM-IV verlangt im Punkt E zwingend die Berücksichtigung von sogenannten Differenzialdiagnosen. Gemeint ist damit das konsequente Beachten von möglichen anderen Ursachen einer Krankheit. Dazu zählen bei der ADHS nicht nur psychopathologische und neurologische Erkrankungen, sondern – obwohl nicht namentlich erwähnt – selbstverständlich auch Folgen von anderweitig verursach-

ten zerebralen Funktionsstörungen. Immerhin handelt es sich bei der ADHS primär um eine neurobiologisch bedingte zerebrale Dysfunktion und um ein Syndrom, welches sich in einem Wechselspiel von neuropsychologisch beschreibbaren Funktionsstörungen mit sozialen und psychosozialen Belastungsfaktoren aufgeschaukelt hat.

Die Beschränkung auf eine rein psychopathologische (oder neurologische) Sicht bei der Überprüfung von möglichen Differenzialdiagnosen einer ADHS und eine Vernachlässigung der neuropsychologischen Perspektive erscheint mir speziell bei diesem Störungsbild völlig unangebracht. Selbst im Erwachsenenalter beruht eine ADHS zwingend auf bis in die Gegenwart hinein fortbestehenden neuropsychologisch beschreibbaren zerebralen Funktionsstörungen (was nicht impliziert, dass diese in Tests zwingend abbildbar sein müssen). Es müssen folglich nicht nur Differenzialdiagnosen auf der Ebene psychopathologischer Erkrankungen oder psychosozialer Umstände Berücksichtigung finden, sondern vor allem auch auf der primären Ebene der neuropsychologisch beschreibbaren kognitiven Funktionsstörungen. Bei Kindern sind dabei nicht nur die Legasthenie oder die Rechenschwäche gemeint, sondern auch räumlich-kognitive- und/oder räumlich-konstruktive Störungen oder Störungen der verbalen oder visuell-figuralen Gedächtnisfunktionen verschiedenster Genese. Kinder mit diesen Störungen können sekundär Aufmerksamkeits-, Lern- und Verhaltensstörungen zeigen, welche denen einer ADHS täuschend ähnlich sein können.

Zusammenfassung

Das Beispiel von Frau Z. zeigt, dass bei ADHS-Verdacht in der Diagnostik der Frage „Was könnte es sonst noch sein?“ generell ein hoher Stellenwert zukommen muss. Erst auf dem Hintergrund der Persönlichkeit von Frau Z. und ihrer Krankengeschichte liessen sich die Aufmerksamkeitsstörungen, die Probleme mit der Selbstregulation und Organisation wirklich verstehen und gezielt fachgerecht behandeln. Die Beispiele von Robert, David und Peter zeigen, dass die Befunde von testpsychologischen Untersuchungen nie eins zu eins übernommen werden können und dass unauffällige Testbefunde eine ADHS nicht ausschliessen. Das Beispiel von Marc lässt erkennen, dass ADHS-verdächtige Testbefunde keinen Beweis für eine ADHS darstellen und dass die Frage nach anderen möglichen Ursachen vor allem auch auf der Ebene von neuropsychologisch erfassbaren Funktionsstörungen gestellt werden muss.

Deutlich wurde schliesslich, dass nur mit einer neuropsychologischen Abklärung (als einer von mehreren Untersuchungsschrit-

ten) das zwingend zu beurteilende Ausschluss-Kriterium E des DSM-IV und damit – und das ist die Kernaussage meiner Ausführungen – das mögliche Vorliegen einer ADHS wirklich beurteilbar ist. Es geht also nichts ohne neuropsychologisches Grundlagenwissen und es geht auch nicht ohne Tests.

ADHS ist eine Tatsache. Je präziser dieses Störungsbild von ähnlichen Erkrankungen abgegrenzt wird, umso besser kann es gelingen, dass Menschen mit einer ADHS und anderen Beschwerden mit geeigneten Therapien geholfen werden kann. Ziel ist und bleibt die Linderung von menschlichen Beschwerden ganz unabhängig davon, welche Diagnose gestellt wurde.

Was könnten Eltern und Betroffene für Schlussfolgerungen ziehen?

Wenn bei Ihnen oder Ihrem Kind eine ADHS festgestellt wurde und die Probleme trotz Therapie fortbestehen, sollten Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt freundlich bitten, Ihnen folgende Fragen zu beantworten: „Wie sicher ist er sich, dass die Probleme tatsächlich auf eine ADHS zurückgehen, dass Begleiterkrankungen erfasst und die therapeutischen Möglichkeiten schon voll ausgeschöpft wurden?“

Falls die Antworten Sie nicht überzeugen, dürfen Sie nachhaken. Wenn die ärztliche Stellungnahmen Sie wiederholt nicht zu überzeugen vermögen, so bitten Sie um Überweisung an eine Kollegin oder einen Kollegen, so dass eine Zweitmeinung eingeholt werden kann. Behalten Sie aber im Auge, dass Psychologinnen und Psychologen sowie Ärztinnen und Ärzte nie in der Lage sein werden, alle Leiden zu lindern.

Kontakt

www.piero-rossi.ch

Weitere Informationen über die ADHS

www.adhs.ch

Aktualisierungsdatum

Diese Informationen wurden letztmals 2003 aktualisiert.

Ergänzende Hinweise

Forschung und klinische Erfahrung in den psychologischen Wissenschaften und der Medizin erweitern laufend unsere Kenntnisse. Dies gilt insbesondere auch für die Behandlung von psychischen Störungen. Den Leser/-innen dieser Website obliegt es daher, auch in eigener Verantwortung festzustellen oder zu prüfen, ob die Informationen, welche in „ADHS.ch“ abgegeben werden, vollständig, korrekt

und für seine/ihre Ziele oder Zwecke geeignet sind. Alle Informationen über Medikamente gelten in keinem Fall als Empfehlung. Eine medikamentöse Behandlung einer ADHS darf ausschliesslich durch Ärztinnen und Ärzte erfolgen. Die Leser/-innen mögen zur Kenntnis nehmen, dass der Bezug von psychologischen, medizinischen oder anderweitigen Informationen eine persönliche Konsultation bei einer psychologischen oder ärztlichen Fachperson in keinem Fall ersetzen kann.

Erklärung zu möglichen Interessenkonflikten

Freiwillige Selbstverpflichtung entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP). In: Zeitschrift f. Kinder- und Jugendpsychiatrie 34,4: 303-305 (2006). In den letzten fünf Jahren hatte Dipl.-Psych. P. Rossi: Vortragshonorare: Ja, indes keine Honorare von pharmazeutischen Firmen; Industriegesponserte Vortragsreihen: Nein; Klinische Prüfungen: Nein; Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Beiräten von pharmazeutischen Unternehmen: Nein; Aktienbesitz und Beteiligungen an pharmazeutischen Firmen: Nein.