

STANDARDS IN DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Fachinformationen der entwicklungsdiagnostischen und –therapeutischen Mini-Ambulatorien

Ausgabe Nr. 9 ■ Mai 2008 ■ ISSN 1991-9883

► Editorial

CHRISTINE WERNISCH-POZEWAUNIG

Liebe LeserInnen!



Aufmerksamkeitsschwierigkeiten, impulsives und motorisch unruhiges Verhalten weisen dimensionalen Charakter auf, das heißt jeder von uns zeigt solche Verhaltensweisen in einem bestimmten Ausmaß. Klinisch relevant werden solche Verhaltensweisen ab einem gewissen Ausprägungsgrad verbunden mit einer zeitlichen Stabilität, vor allem dann, wenn durch die Symptomatik Alltagsbeeinträchtigungen entstehen. Der aktuelle Artikel berichtet über Erscheinungsbilder, Ursachen und Verlauf Hyperkinetischer Störungen (HKS) und schildert den diagnostischen Prozess anhand eines Fallbeispiels. Notwendige differenzialdiagnostische Überlegungen werden erläutert, da Beeinträchtigungen in der Aufmerksamkeit, Impulskontrollschwierigkeiten sowie motorische Unruhe verschiedene Ursachen haben bzw. im Rahmen unterschiedlicher neurologisch-psychischer Erkrankungen auftreten können. Therapeutische Interventionsmöglichkeiten werden in der nächsten Ausgabe vorgestellt.

Diagnostik von Hyperkinetischen Störungen (HKS)

TANJA BAUMGARTNER

Fallvignette: Andre, 9 Jahre

Vorstellungsgrund: Andre kommt mit seiner Mutter zur Abklärung seines unruhigen Verhaltens und seiner Konzentrations- und Aufmerksamkeitsschwierigkeiten zum Erstgespräch. Die Kindsmutter berichtet, dass Andre leicht ablenkbar wäre, dass er selten seine Aufgaben zu Ende bringen würde und dass er häufig nicht wisse, welche seine Hausaufgaben wären. Er würde seine Hefte und Stifte verlieren oder seine Bücher in der Schule vergessen. Weiters würde es ihm schwer fallen ruhig zu sitzen, er würde ständig am Sessel herumrutschen und mit den Armen und Beinen zappeln. Zu Hause würde er ununterbrochen reden, Gespräche unterbrechen und es würde ihm schnell langweilig. Seine Klassenlehrereine gibt an, dass es ihm bis zur 10 Uhr Pause gelänge mitzuarbeiten, danach könne er sich jedoch nicht mehr konzentrieren und vermeide Arbeitsaufträge. Er störe die Mitschüler und auf Ermahnungen reagiere er mit patzigen Antworten oder ignoriere die Aufforderung. Er versuche ständig im Mittelpunkt zu stehen, weshalb es auch regelmäßig zu aggressiven Auseinandersetzungen mit anderen Kindern käme. Die Symptomatik bestehe bereits seit dem Kindergarten. Seit Schuleintritt hätten sich die Symptome verstärkt.

Anamnese: Die Schwangerschaft und Geburt seien komplikationslos verlaufen. Als Säugling hätte er nur schwer zu einem Schlaf-Wach-Rhythmus gefunden. Andre hätte generell sehr wenig geschlafen und wäre sehr aktiv gewesen. Hinsichtlich der motorischen Entwicklung beschreibt die Mutter ein mangelndes Risikobewusstsein, beim Spie-

len ließe er sich häufig auf gefährliche Abenteuer ein (unbedachtes Klettern). Die Folgen wären blaue Flecken und Verletzungen. Die Sprachentwicklung wäre altersentsprechend unauffällig verlaufen. Die Mutter berichtet, dass Andre ein aufgewecktes Kleinkind gewesen sei, welches ohne Rücksicht auf Verluste auf alles zugeht. Andre wäre gerne in den Kindergarten gegangen und wäre gut mit der Kindergärtnerin zurecht gekommen. Jedoch zeigten sich Probleme bei gemeinsamen Spielen, er hätte nur schwer abwarten können bis er an die Reihen kam und hätte sich nicht an Spielregeln gehalten. Nach dem Kindergarten besuchte er die erste Klasse Volksschule. Aufgrund von Verhaltensproblemen und Schwierigkeiten mit den Mitschülern folgte ein Schulwechsel. Derzeit besuche er die 2te Klasse Volksschule mit mäßigem Schulerfolg (Deutsch 4, Mathematik 4, Sachunterricht 3).

Andre lebt mit seiner Mutter und deren Lebensgefährten gemeinsam in einem Haushalt. Die Kindsmutter ist 28 Jahre alt und arbeitet 30 Stunden pro Woche als Büroangestellte. Der Kindsvater ist 32 Jahre alt und Servicetechniker. Die Kindseltern sind seit Andres 3ten Lebensjahr getrennt. Nach Angaben der Kindsmutter würde Andre seinen Vater regelmäßig an den Wochenenden besuchen. Die Mutter gibt an, in der Erziehung überfordert zu sein, sie wäre sehr fürsorglich und versuche, alles richtig zu machen. Es falle ihr jedoch schwer Grenzen zu setzen und diese einzufordern. Der Kindsvater wäre im Umgang mit Andre nett, jedoch gäbe es bei ihm kaum Regeln und Struktur. Der Lebensgefährte der Kindsmutter und Andre würden sich gut vertragen.

Was versteht man unter einer hyperkinetischen Störung?

Für die hyperkinetische Störung gibt es mehrere Bezeichnungen, wie beispielsweise: ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHS - Aufmerksamkeits-Defizit Hyperaktivitäts- Syndrom oder einfache Aktivitäts- Aufmerksamkeitsstörung, welche synonym verwendet werden. Nach Barkley (2005) versteht man unter einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung eine Entwicklungsstörung der Selbstbeherrschung. Die Kernsymptome einer hyperkinetischen Störung sind Aufmerksamkeitsstörungen, Impulsivität und Hyperaktivität. Nicht immer zeigen die Betroffenen in allen drei Bereichen Auffälligkeiten, es gibt auch Kinder, die nur in einem oder in zwei Bereichen Defizite haben (z.B. Aufmerksamkeitsprobleme und impulsives Verhalten ohne motorische Überaktivität).

Aufmerksamkeitsstörung: Betroffenen Kindern fällt es schwer ihre Aufmerksamkeit dauerhaft aufrecht zu halten. Aufgaben werden frühzeitig abgebrochen und nicht beendet. Die Kinder wechseln häufig Tätigkeiten und Spiele, da sie von einer neuen Herausforderung abgelenkt werden. Es kommt zu Sorgfaltsfehlern, die Kinder verlieren Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind (z.B. Bücher, Schulhefte) und neigen dazu Anforderungen, die ein geistiges Durchhaltevermögen fordern, zu vermeiden (Döpfner, Schürmann, Fröhlich, 2002; Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006).

Impulsivität: Die Impulsivität zeigt sich in der Unfähigkeit abzuwarten und Bedürfnisse aufzuschieben. Die Kinder platzen mit ihren Antworten heraus, bevor Fragen fertig gestellt wurden. Sie unterbrechen andere und mischen sich in Gespräche ein. Sie neigen zu plötzlichem und unüberlegtem Handeln, ohne dass an die Konsequenzen gedacht wird, was in der Folge vermehrt zu Unfällen und Verletzungen führen kann (Döpfner, Schürmann, Fröhlich, 2002; Döpfner, Schürmann, Lehmkühl, 2000).

Hyperaktivität: Die Kinder zeigen eine überschießende und mangelhaft regulierte motorische Aktivität, vor allem in Situationen, in denen Ruhe gefordert wird wie z.B. in der Schule oder beim Essen. Die Kinder zappeln und rutschen am Platz herum, schaukeln mit dem Oberkörper, fuchteln mit den Armen, klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist, und scheinen nie zur Ruhe zu kommen (Lauth, Schlottke, Naumann, 2007; Döpfner, Schürmann, Fröhlich, 2002).

Ab wann spricht man von einer hyperkinetischen Störung?

Die Frage der klinischen Bedeutsamkeit hängt von mehreren Faktoren ab; von der Ausprägung der Symptome, der Persistenz (Dauer) und dem Grad der psychosozialen Beeinträchtigung des Betroffenen (Alltagsbeeinträchtigung). Vor allem im Kleinkindalter ist die Unterscheidung zwischen den Symptomen einer hyperkinetischen Störung und altersentsprechenden Verhaltensweisen bei aktiven Kindern schwierig. Differentialdiagnostisch ist zu beachten, dass sich hyperkinetische Symptome, vor allem Unaufmerksamkeit, auch bei Kindern in einer schulischen Überforderungssituation zeigen. Unstrukturierte und chaotische psychosoziale Bedingungen können ebenso „hyperkineti-

sche Symptome“ auslösen. Diese vermindern sich allerdings, sobald das Kind in eine besser strukturierte Umgebung kommt (Döpfner, Schürmann, Fröhlich, 2002; Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006).

Der Beginn einer hyperkinetischen Störung muss vor dem siebten Lebensjahr liegen. Die Symptome sollten in mehr als einem Lebensbereich/Situation (z.B. in der Schule, in der Familie, in der Untersuchungssituation) auftreten und über mehr als 6 Monate in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden Ausmaß bestehen (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Die Ausprägung der Kernsymptome kann in den verschiedenen Lebensbereichen unterschiedlich stark sein. Gehäuft und verstärkt treten die Symptome in Situationen auf, in denen eine längere Aufmerksamkeitsspanne gefordert wird, wie z.B. im Unterricht oder bei der Hausübung. In einem geringeren Ausmaß sind die Symptome zu beobachten, wenn sich das Kind seiner Lieblingsbeschäftigung widmet, z.B. beim Computerspielen, oder wenn sich das Kind in einer neuen und unbekannteren Umgebung befindet. Neben den genannten Kernsymptomen können zusätzlich verschiedene Auffälligkeiten auftreten.

Wie ist der Verlauf von hyperkinetischen Störungen?

Das Erscheinungsbild einer hyperkinetischen Störung ändert sich im Altersverlauf. Im Kleinkindalter ist sie außer in Extremsituationen nur schwer zu erkennen und im Jugendalter ist sie häufig von sozialen, Schul- und beruflichen Problemen überlagert (Lauth, Schlottke, Naumann, 2007). Im Verlauf nimmt das Risiko von Komorbiditäten zu. Nach klinischen Studien werden bei mehr als zwei Drittel der Kinder mit einer hyperkinetischen Störung komorbide Störungen diagnostiziert. Zu den häufigen komorbiden Störungen zählen: die Störung des Sozialverhaltens (vgl. dazu Ausgaben 6-8 der Standards in Diagnostik und Therapie), depressive Störungen, Angststörungen, Lernstörungen und Schulleistungsdefizite. Die Störung des Sozialverhaltens ist die häufigste komorbide Störung. Nach klinischen Studien zeigen 50% der Kinder oppositionelle Verhaltensweisen mit aktivem Widersetzen gegenüber Anweisungen und Regeln, sowie aggressives und dissoziales Verhalten (Petermann, 2002).

Säuglings und Kleinkindalter: Kleinkinder mit schwierigen Temperamentsmerkmalen, mit einem erhöhten Aktivitätsniveau, mit Schlaf- und Essschwierigkeiten sind mit einem erhöhten Risiko behaftet später eine hyperkinetische Störung zu entwickeln (Döpfner, Schürmann, Fröhlich, 2002). Das heißt aber nicht, dass sie später in jedem Fall eine solche Symptomatik zeigen.

Kindergarten-Vorschulalter: Viele der betroffenen Kinder entwickeln eine ausgeprägte Trotzphase. Den Kindern gelingt es nur schwer bei einem Spiel zu bleiben. Kein Spielzeug wird mehr als einige Minuten benutzt. Den Eltern fallen Ungeschicklichkeiten und überschießende Reaktionen des Kindes auf, sie verletzen sich oft und es wird viel kaputt (Lauth, Schlottke, Naumann, 2007; Neuhaus, 2002). Der Kindergartenbesuch bringt zumeist weitere Belastungen mit sich. Die Kinder kaspeln herum, erzeugen

fortwährend Unruhe und stören die anderen Kinder beim Spielen (Lauth, Schlottke, Naumann, 2007).

Schulalter Durch den Schuleintritt kommt es häufig zu einer Steigerung der Problematik. Aufpassen, zuhören, still sitzen, planvolles Vorgehen, Anweisungen befolgen, Impulse unterdrücken, mit anderen zusammen arbeiten und teilen sind Voraussetzungen für eine erfolgreiche Schulkarriere. Hyperkinetische Kinder fallen demnach bald nach Schuleintritt durch ihr abweichendes Verhalten auf. Dies führt zu Misserfolg, wodurch die Begeisterung für die Schule schnell nachlässt und das Kind versucht die schulische Anforderung zu vermeiden. Hinzu kommen soziale Schwierigkeiten, den betroffenen Kindern fällt es schwer Freundschaften zu schließen und sie werden häufig zu Außenseitern (Lauth, Schlottke, Naumann, 2007).

Jugendalter: Studien zeigen, dass die Kernsymptome der hyperkinetischen Störung sich auch im Jugendalter fortsetzen, wobei sich die motorische Unruhe meist deutlich vermindert und die Aufmerksamkeitsstörung eher persistiert. Hyperkinetische Jugendliche geraten aufgrund ihrer Impulsivität verstärkt in risikoreiche Situationen wie z.B. handgreifliche Auseinandersetzungen, Fehlverhalten im Straßenverkehr, Kontakte zu Problemgruppen. Vermehrt kommt es zu Schulwechsel und Schulabbruch (Döpfner, Schürmann, Fröhlich, 2002; Lauth, Schlottke, Naumann, 2007; Barkley, 2005).

Erwachsenenalter: Nach Barkley zeigen die Forschungsergebnisse, dass ca. 50 bis 65 % aller Kinder auch im Erwachsenenalter Symptome zeigen. Dadurch bleiben sie im Bildungsniveau und im sozioökonomischen Status meist hinter anderen zurück. In ca. 20 bis 45% der Fälle kommt es zu antisozialem Verhalten und 25 % erfüllen die Diagnosekriterien einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. Nur 10 bis 20 % der hyperkinetischen Kinder sind im Erwachsenenalter gesund und frei von gravierenden Symptomen. Die Symptome sind bei den Erwachsenen weitgehend denen der Jugendlichen gleich. Es zeigen sich Probleme in den Bereichen Aufmerksamkeit, Ablenkbarkeit, Selbstbeherrschung und Selbstdisziplin (Barkley, 2005).

Wie werden hyperkinetische Störungen diagnostisch eingeordnet?

Im gängigen Klassifikationssystem ICD-10 wird die hyperkinetische Störung im Kapitel 9, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, unter der Bezeichnung *Hyperkinetische Störung (F 90)* in verschiedene Kategorien unterteilt. Zeigt das Kind alle Kardinalsymptome (Unaufmerksamkeit, motorische Unruhe und Impulsivität), spricht man von einer *einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F 90.0)*. Sind zusätzlich die Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens erfüllt, dann wird die Diagnose *Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F 90.1)* vergeben. Zeigen sich nur Konzentrationsschwierigkeiten und fehlende Daueraufmerksamkeit ohne Impulsivität und motorischer Unruhe, wird die Diagnose *Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F 98.8)* gestellt. Die Bezeichnung *sonstige Hyperkinetische Störungen (F 90.8)* kann gewählt werden, wenn einzelne Kriterien der Störung nicht erfüllt sind. Weiter gibt

es noch die Restkategorie *nicht näher bezeichnete Hyperkinetische Störung (F 90.8)* (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006).

Im DSM-IV (American Psychiatric Association, 2001) wird der Begriff der *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (314)* verwendet, wobei 3 Subtypen spezifiziert werden, nämlich der *Mischtyp einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (314.01)*, bei dem sowohl Aufmerksamkeitsstörung als auch Hyperaktivität/Impulsivität vorliegen, der *vorwiegend unaufmerksame Typ (314.00)*, bei dem vor allem Aufmerksamkeitsprobleme vorliegen, und der *vorwiegend hyperaktiv-impulsive Typ (314.01)*, welcher vor allem Hyperaktivität/Impulsivität zeigt. Das DSM-IV sieht wie die ICD-10 ebenfalls eine Restkategorie, die *nicht näher bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (314.9)* vor.

Was sind die Ursachen von hyperkinetischen Störungen?

Bei der Entstehung einer hyperkinetischen Störung wird nicht von einer Ursache ausgegangen, sondern von einem multifaktoriellen Geschehen. Biologische und konstitutionelle Faktoren spielen bei der Genese eine entscheidende Rolle, die psychosozialen Faktoren beeinflussen den Verlauf der Störung.

Genetische Faktoren: Zwillings- und Adoptionsstudien ergaben eine Dominanz genetischer Faktoren bei der Verursachung. Die Studien zeigten ein erhöhtes Vorkommen der hyperkinetischen Störung innerhalb der Familie.

Psychosoziale Bedingungen: Die psychosozialen Risikofaktoren stellen keinen ätiologischen Faktor dar, allerdings beeinflussen sie den Verlauf und die Ausprägung einer hyperkinetischen Störung. Zu den belastenden und auf den Verlauf ungünstig wirkenden psychosozialen Faktoren zählen: familiäre Instabilität, Konflikte unter Erwachsenen, psychische Erkrankung der Eltern und niedriger sozioökonomischer Status (Schäfer, Gerber, 2007; Petermann, 2002; Döpfner, Schürmann, Fröhlich, 2002).

Was muss im diagnostischen Prozess erhoben werden?

Der diagnostische Prozess umfasst mehrere Ebenen, beginnend mit dem Anamnesegespräch. In diesem Erstgespräch werden Informationen über die aktuelle Problematik, deren Beginn und Dauer, den körperlichen und emotionalen Entwicklungsverlauf des Kindes, den psychosozialen Rahmenbedingungen eingeholt, sowie die Risiko- und Schutzfaktoren erhoben. Das Anamnesegespräch bildet die Basis, auf der eine Verdachtsdiagnose erstellt wird, welche anschließend mit Hilfe von standardisierten Verfahren und der Verhaltensbeobachtung überprüft wird. Dem Anamnesegespräch folgt als Basis des diagnostischen Prozesses die Leistungs- und Entwicklungsdiagnostik, welche immer begleitend zur störungsspezifischen Diagnostik durchgeführt wird, um eine kognitive Überforderung als Ursache der hyperkinetischen Symptome auszuschließen. Weiter bietet sie eine Möglichkeit zur Verhaltensbeobachtung in

einer Leistungssituation. Der Basisdiagnostik folgt die störungsspezifische Diagnostik. Bei Verdacht auf eine hyperkinetische Störung kommen Fremdbeurteilungsfragebögen sowie Konzentrations- und Aufmerksamkeits-tests zum Einsatz. Bei Hinweisen auf Komorbiditäten folgt im

diagnostischen Prozess eine erweiterte Diagnostik, z.B. medizinische Untersuchung, Lese- Rechtschreibdiagnostik oder Sprachentwicklungsdiagnostik.

Fallvignette Andre

Testdiagnostik:

Leistungsdiagnostik: Um das Vorliegen einer Überforderung durch die Schulsituation als Ursache für die Symptomatik auszuschließen, erfolgte eine Überprüfung des kognitiven Funktionsniveaus mit dem Adaptiven Intelligenzdiagnostikum 2 (AID 2) und den Coloured Progressive Matrices (CPM). Andre erreicht im AID 2 gesamt gesehen mit einem T-Wert von 48 ein durchschnittliches Ergebnis bei einem homogenen Subtestprofil. Aufgrund seiner geringen Aufmerksamkeitsspanne und seiner oberflächlichen Arbeitshaltung wurde die Leistungsdiagnostik an 2 Terminen durchgeführt. In den CPM erzielt er mit einem T-Wert von 50 ein durchschnittliches Ergebnis.

Konzentrationsdiagnostik und Aufmerksamkeitsdiagnostik: Andre bearbeitete vier Subtests der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung von Kindern und Jugendlichen (KI-TAP). Bei den Subtests Ablenkbarkeit und Daueraufmerksamkeit erzielt er unterdurchschnittliche Ergebnisse. Beim Subtest Go/Nogo zeigt, sich dass er mit einer guten Reaktionszeit reagiert, jedoch sehr viele Auslassungsfehler macht. Dies spricht für eine mangelnde Reaktionsinhibition. Beim Subtest Alertness (Wachheit) erzielte er durchschnittliche Ergebnisse.

HKS-Diagnostik: Das Vorhandensein sowie die Ausprägung der Kernsymptome wurden mittels Fremdbeurteilungsbögen (HKS-Fragebögen nach ICD 10) erhoben. Die Lehrerin, die Hortpädagoginnen, die Kindsmutter und der Kindsvater füllten die Fragebögen aus. Entsprechend deren Einschätzung zeigt sich übereinstimmend ein hohes Maß an Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität.

Sozial-Emotionales-Screening:

Zur Einschätzung des Verhaltens von Andre wurden der Kindsmutter, der Klassenlehrerin und der Hortbetreuerin Fragebögen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18, TRF) mitgegeben. Nach Einschätzung der Kindsmutter und der Hortbetreuerin gibt es Hinweise auf eine externalisierende und internalisierende Symptomatik. Es werden Aufmerksamkeitsprobleme und soziale Probleme beschrieben. Nach Beurteilung der Klassenlehrerin gibt es Hinweise auf eine externalisierende Symptomatik, sie beschreibt aggressives Verhalten und Aufmerksamkeitsprobleme. In Rücksprache mit der Klassenlehrerin hat sich ergeben, dass Andre vor allem in unstrukturierten Gruppensituationen (z.B. Pausen) aggressive Verhaltensweisen zeigt.

Verhaltensbeobachtung:

Andre war im Kontakt zugänglich und kommunikativ. In der psychologischen Untersuchungssituation zeigten sich motorische Unruhe sowie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme. Andre rutschte am Sessel herum, zappelte mit den Armen und Beinen und stand wiederholt von seinem Platz auf.

Diagnosen nach MUAX:

Achse I: einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)
Achse II: keine Entwicklungsstörungen
Achse III: durchschnittliches kognitives Leistungsniveau (M3)
Achse IV: nicht untersucht, da kein Verdacht
Achse V: Trennung der Kindseltern (M 5.1)
Achse VI: psychosoziales Funktionsniveau (3)

Detaillierte Literaturangaben erhalten Sie bei der Autorin:

MMag. Tanja Baumgartner
Klinische- und Gesundheitspsychologin
MINI AMBULATORIUM St. Veit/Glan
tanja.baumgartner@promente-kijufa.at

Impressum:

Herausgeber: Verein pro mente: kinder jugend familie, Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in deren sozialen Kontext, ► **Büro:** 9020 Klagenfurt, Villacherstraße 161 ► office@promente-kijufa.at Tel: (0463) 55112 ► Fax: (0463) 501256 ► **Druck/Versand:** pro mente: kinder jugend familie ► **Redaktion:** Fachbereich Ambulanz, Mag. Christine Wernisch-Pozewaunig, christine.wernisch@promente-kijufa.at ► **Abo-Kontakt:** Fr. Erika Gebauer office@promente-kijufa.at ► **Printabo:** 4x jährlich, Unkostenbeitrag Euro 12,-- Zusendung per Post.