

Hypoaktive ADHS-Betroffene

(„Hans-Guck-in-die-Luft“)



Von Dr. med. Meinrad H. Ryffel

Manchmal wird die Seele eines Kindes schon geknickt, ehe sie sich entfalten kann und niemand bemerkt es!

Helga Simchen

Im berühmten „Struwwelpeter“ hat Heinrich Hoffmann nicht nur den hyperaktiv-impulsiven „Zappelphilipp“ beschrieben sondern auch eindrücklich den vor allem in seiner Aufmerksamkeit betroffenen „Hans Guck-in-die-Luft“. Noch treffender wäre dabei die Bezeichnung „Hanna Guck-in-die-Luft“ gewesen, sind doch im Kindesalter Mädchen besonders häufig von dieser auch heute noch zu wenig bekannten Form der ADHS betroffen. In ihrem Buch „Unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat“ schreibt die deutsche Kinderärztin H. Simchen zu Recht:

„Manchmal wird die Seele eines Kindes schon geknickt, ehe sie sich entfalten kann und niemand bemerkt es! Geschwister vom Zappelphilipp fallen nicht oder nur wenig auf, leiden aber genau so oder noch mehr! Das hypoaktive Kind wird als faul, dumm, unbegabt, verträumt, ungeduldig und widerspenstig bezeichnet. Im Alter von 7 – 11 Jahren nehmen die psychischen Auffälligkeiten rapide zu, daran ist nicht die Schule schuld, diese bringt nur durch ihre besonderen Anforderungen angeborene und erworbene Defizite des Kindes ans Tageslicht!“

Gründe für das Nichterkennen der hypoaktiven Form der ADHS:

- Noch ist weiterhin die ADHS für viele Leute eine Störung verhaltensauffälliger Knaben im Sinne des Zappelphilipps und Störenfrieds. Entsprechend sind auch die meisten Fragebogen für ADHS bisher

mehrheitlich mit Befunden von Knaben erstellt worden.

- Dazu kommt, dass in der für viele europäische Länder gültigen ICD-10 Einteilung der Krankheiten, die Kriterien der Hyperaktivität im Gegensatz zur amerikanischen DSM IV-Einteilung für eine Diagnose immer noch verbindlich gefordert werden. Das heisst, ohne Hyperaktivität soll die Diagnose ADHS gar nicht gestellt werden.

Das zentrale Problem einer allgemein gestörten Informationsverarbeitung dieser Kinder ist so auch heute noch vielen Medien und auch Fachpersonen zu wenig bekannt.

Die amerikanische DSM IV Einteilung unterscheidet jedoch seit langem folgende 3 Formen der ADHS:

- A) ADHS vom kombinierten Typ mit Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und Hyperaktivität
- B) Vorwiegend hypoaktiver Typ mit Aufmerksamkeitsstörung
- C) Vorwiegend hyperaktiver Typ mit Impulsivität und Hyperaktivität

- Das Auftreten schwerwiegender Symptome im früheren Kindesalter ist für Aussenstehende bei hypoaktiven ADHS-Betroffenen im Allgemeinen viel weniger belastend und auffallend als bei Hyperaktiven! Allerdings sind vorwiegend hypoaktive Betroffene schon immer „anders“ und auffällig gewesen. Selbst haben sie meist unter ihren Schwächen bereits stark gelitten, ohne dass sie jedoch frühzeitig erfasst, diagnostiziert oder gar behandelt worden wären.

Als Kinderarzt hoffe ich deshalb, dass ich durch eine frühzeitige Erkennung und Behandlung solcher Kinder vorbeugend tätig sein und so diesen Kindern ermöglichen kann, ihrem Begabungspotential entsprechend ein möglichst erfülltes Leben zu führen. Zahlreiche Langzeitbeobachtungen aus meiner Praxis scheinen dies zu bestätigen.

Wie erkennen wir diese Kinder?

Die ruhigen, träumerischen Kinder - und dies betrifft nun vorwiegend Mädchen - fallen wie bereits erwähnt vorerst nur wenig auf, um dann aber z. T. bereits mit dem Schuleintritt und den dabei rasch ansteigenden Leistungsanforderungen zunehmend Probleme zu bekommen. Für solche Kinder hat der kanadische Kinderarzt Falardeau den treffenden Ausdruck „enfants lunatiques“ geprägt.

Es sind Kinder, die durch ihr langsames Arbeiten, ihr Tagträumen und vor allem wegen ihrer konstanten Konzentrationsprobleme in der Schule auffallen.

Die zu Hause rasch ausrasten und wo die Hausaufgabensituation täglich zum familiären Drama werden kann.

Daneben sind es aber auch kreative, spontane, häufig etwas eigenwillige, sozial nicht immer gut eingebundene Kinder, die in der Schule aber sukzessive ihre Lebensfreude verlieren, zum Teil richtig verkümmern oder gar depressiv werden.

Diese Kinder können natürlich kaum je ein stabiles Selbstwertgefühl aufbauen.

Und nicht selten wird aus dem für die Umwelt so „braven“, wahrscheinlich auch etwas „dummen“ oder gar „faulen“ Schüler in der Pubertät ein unglücklicher Ju-

gendlicher mit eventuell frühzeitigem Drogenkontakt, Depressionen oder bei Mädchen einer ungewollten Schwangerschaft.

Wie können sie erfasst werden?

Zur Erfassung dieser Kinder ist die vollständige Kenntnis der ADHS unumgänglich.

Es ist wichtig, dass Lehrer und Eltern wissen, dass das Bild des wenig verhaltensauffälligen ADHS-Betroffenen wirklich existiert und dass es möglich ist, Ihnen mit einer geeigneten Behandlung ganz entscheidend zu helfen.

Glücklicherweise habe ich schon wiederholt Geschwister von typisch hyperaktiven ADHS-Betroffenen erfassen und behandeln können, weil die informierten Eltern entsprechend ihr hypoaktives Kind frühzeitig zur Abklärung gebracht haben.

Wegen der bekannten familiären Belastung sehe ich auch immer wieder weitere Verwandte von bereits erfassten Patienten (so kommt nach einer gemeinsamen Familienfeier plötzlich die Cousine eines mir bereits bekannten hypoaktiven Mädchens mit den genau gleichen Schwierigkeiten.....).

Aufgrund der zunehmenden Abklärungen bei Erwachsenen lerne ich in den letzten Jahren auch vermehrt vor allem hypoaktive Mädchen kennen, bei deren Mutter erst im Erwachsenenalter eine ADHS diagnostiziert wurde. Solche Mütter möchten nun ihrer Tochter den selbst erlittenen Leidensweg möglichst durch eine frühzeitige Abklärung und Behandlung ersparen.

Die Kombination von Teilleistungsstörungen (Legasthenie und Dyskalkulie) mit

ADHS ist bekanntlich häufig, so dass mir immer wieder auch Kinder mit einer „therapieresistenten“ Legasthenie zur Abklärung zugewiesen werden, dies mit der Frage, ob nicht zusätzlich eine („stille oder ruhige“) ADHS vorliegen könnte. So wie bei ADHS immer an zusätzliche Teilleistungsstörungen gedacht werden muss, gilt auch das Umgekehrte, da diese Kombination häufig zusammen auftritt.

Abklärung und Diagnose

Obwohl die Diagnose in vielen Fällen durch die typische Krankheitsgeschichte zu vermuten ist, sollte eine ADHS-Abklärung immer umfassend und gründlich erfolgen.

Es ist nicht möglich in einer halben Stunde mit wenigen Fragen und Untersuchungen eine ADHS - Diagnose zu stellen! Auch wenn es bisher keinen einzelnen Test oder eine Untersuchung gibt, die für eine Diagnose alleine typisch sind, lassen die Kenntnis der bisherigen Lebensgeschichte, die Summe aller Einzeluntersuchungen, die Auswertung störungsspezifischer Fragebogen, ein ausführliches Interview und eine umfassende psychologische Abklärung die Diagnose meist zuverlässig stellen. Hinzu kommt, dass beim vorwiegend aufmerksamkeitsgestörten ADHS-Kind in den zur Verfügung stehenden Testverfahren zur Aufmerksamkeit häufig doch ganz auffallende Resultate festgestellt werden können.

In der von den Eltern geschilderten Lebensgeschichte wird nicht selten über folgende typischen Symptome berichtet, die Cordula Neuhaus in einer kleinen Broschüre („Das Träumchen“) schön darge-

stellt hat. Die nachfolgende Liste basiert zum Teil auf diesem Artikel und auch auf meinen langjährigen Erfahrungen:

- Als Baby häufig ausgesprochen friedlich und „pflegeleicht“
- Zum Teil sehr eigenwillige Trink- und Essgewohnheiten, die sich lange hinziehen können
- Häufig verspätete Sauberkeitsentwicklung
- Lange werden Fingernägel gekaut oder Haare gedreht (= Zeichen von Selbststimulation)
- Scheint nie aus Erfahrung zu lernen, häufig auch ein ausgeprägter Dickkopf
- Bei Überforderung durch zu viele Reize starkes und anhaltendes Schreien
- Lässt sich zum Teil nur sehr schwer beruhigen
- Liebt es immer und immer wieder die gleiche Geschichte oder eine Musikkassette zu hören
- Automatismen müssen 10 – 15 mal so lange eingeübt werden, bis sie endlich „sitzen“
- Lieben es immer und immer wieder die gleichen Rollenspiele durchzuführen
- Rasche Überforderung in Spielgruppe und Kindergarten, ziehen sich zurück und spielen immer das Gleiche in der gleichen Ecke
- Kann sich zum Teil stundenlang in etwas vertiefen und lässt sich dabei durch nichts stören oder ablenken
- Kapiert und begreift vieles erst nach unzähligen Wiederholungen

- Scheint nicht zuzuhören, weiss nicht wann es an der Reihe ist
- Häufig fein- und grobmotorische Schwierigkeiten
- Vergisst, verlegt, verliert und kann sich an nichts erinnern
- Hat grosse Mühe mit Hausaufgaben
- Zeigt allgemein ein langsames Arbeitstempo
- Wird mit zunehmendem Alter depressiv, verängstigt und eingeschüchtert
- Kritik wird durch die vorhandene Hypersensibilität als Drama empfunden, ist rasch beleidigt und weint häufig, zieht sich ins Schneckenhaus zurück
- Je mehr ermahnt, erklärt und unterstützt wird, desto schlimmer wird es
- Weder Versprechungen, Belohnungen noch Strafen scheinen zu helfen
- Häufig reaktive Bauch- und Kopfschmerzen
- Typisch sind paradoxe Reaktionen auf Beruhigungsmittel

H. Simchen hat zudem die nachfolgende Symptomenliste altersgemäss zusammengestellt, die sich ebenfalls mit meinen Erfahrungen weitgehend deckt:

„Hans Guck-in-die-Luft“ als Säugling und Kleinkind:

- als Säugling nicht selten motorisch auffällig: kein Krabbeln, kein Robben
- auffällige Mundmotorik (Mühe mit Trinken, viel und lange Speichelfluss)
- verzögerte Sprachentwicklung

- verstärktes Trotzen, „Motzen“
- wenig Kontakt mit anderen Kindern
- unmotiviertes Weinen
- im Kindergarten Rückzugs- und Regres-
sionstendenzen, Mühe in Fein- und Grob-
motorik
- Malen und Basteln unbeliebt
- ist nicht gerne im „Kreisli“, weint rasch,
wirkt ängstlich und unsicher
- spielt alleine, wenig Kontakt
- möglicherweise jahrelang gleicher
Freund mit intensiver Beziehung
- Mühe mit Klettern, Velofahren
- vergesslich
- verminderte Steuerungsfähigkeit punk-
to Emotionen, Aufmerksamkeit und verba-
len Reaktionen

„Hans Guck-in-die Luft“ im Schulalter

A) Aufmerksamkeitsstörung:

- wechselnde Konzentration
- keine Daueraufmerksamkeit bei unin-
teressanten Dingen
- leicht abgelenkt
- vergisst wichtige Dinge
- viele „Flüchtigkeitsfehler“

B) Emotionale Steuerungsschwäche

- weint leicht
- leicht kränkbar
- regt sich schnell auf
- glaubt, ungerecht behandelt zu werden
- gibt schnell auf
- ängstlich, traut sich nichts selbst zu

C) Hypoaktivität

- zu langsam
- überangepasst
- verträumt
- kann nicht anfangen
- beginnt vieles, macht nichts zu Ende
- Mühe mit Umstellung bei neuen Auf-
gaben

D) Störung der Fein- und Grobmotorik

- hält den Stift verkrampft
- schlechte Schrift
- verwechselt Buchstaben, auch Zehner
und Einer
- schreibt spiegelverkehrt
- kann keine Schlaufe binden
- zeichnet und bastelt nicht gerne
- Körperkoordination ist nicht altersge-
recht

E) Sozialverhalten

- sehr empfindlich
- hat grossen Gerechtigkeitssinn
- macht schnell Rückzieher, gibt leicht
auf
- isoliert sich
- spielt lieber mit kleineren Kindern oder
alleine
- kann keine Ordnung halten
- ist unselbständig
- klammert, braucht eine feste Bindung
- hält es in keinem Verein lange aus
- glaubt, nicht geliebt oder benachteiligt
zu werden

- klagt viel über Langeweile
- hat diverse Ängste

F) Häufig kombiniert mit folgenden Zusatzstörungen:

- Rechtschreibschwäche
- Rechenschwäche
- Sprachprobleme
- allergische Krankheiten
- familiäre Belastung mit Depressionen und Alkoholabhängigkeit/Suchtkrankheiten
- familiäre ADHS-Belastung !

Neben der Erhebung einer ausführlichen Krankheitsgeschichte mit Hilfe dieser Symptomenlisten ist der Einsatz von störungsspezifischen Fragebogen für verschiedene Bezugspersonen (zumindest Eltern und Lehrpersonen) hilfreich. Da die bisher eingesetzten Fragebogen (z.B. nach Conners) für hypoaktive Betroffene und vor allem Mädchen zu wenig spezifisch sind, hat der bekannte amerikanische Psychologe Tom Brown nach seinen Brown-ADD-Scales für Erwachsene auch solche für Kinder entwickelt, die sowohl für Knaben wie auch für Mädchen normiert worden sind. Seit mehreren Jahren setze ich diese in meiner Praxis ein und kann so die zugrunde liegenden Probleme noch besser erfassen und bewerten. (Diesen Fragebogen habe ich in ELPOST Nr. 36 bereits kurz vorgestellt). Wichtig zu wissen ist, dass die in diesem Fragebogen erhobenen auffälligen Befunde in der Regel gut auf eine medikamentöse Behandlung ansprechen!

Die von mir durchgeführten Testuntersuchungen umfassen je nach Alter unter-

schiedliche, typisch monotone, d.h. nicht motivierende, eher langweilige und wenig anspruchsvolle Papier- und Bleistiftteste, die so in einer standardisierten Untersuchungssituation einigermassen objektiv die Aufmerksamkeit und Konzentration beurteilen lassen. Es sind dies:

- Frankfurter Konzentrationstest /Äpfel-Birnentest für Vorschulkinder)
- Zahlensymboltest A und B aus dem HAWIK IV
- bp - Test nach Esser
- d2 – Test nach Brickencamp
- FAIR – Test für Jugendliche

Zudem hat sich bei mir der vom deutschen Psychologen Lauth entwickelte Dortmund der Aufmerksamkeitstest gut bewährt, der in einem komplexeren Handlungsablauf die Aufmerksamkeit und Strategieentwicklung, ein allfällig impulsives Lösungsverhalten und vor allem auch das Arbeitstempo beurteilen lässt.

Obwohl die von mir durchgeführten Computerteste vor allem die vorwiegend hyperaktiven Knaben begeistern (so dass diese dabei nicht selten wegen der Stimulation und Motivation völlig unauffällige Ergebnisse zeigen können!), geben sowohl der altbewährte GDS-Computertest (Prinzip des „Continuous Performance Test“) wie auch ein neu entwickelter Test der Harvard Medical School (M-Mat-Test, bei dem mit einer Infrarotkamera zusätzlich das Bewegungsverhalten erfasst werden kann) vor allem bei hypoaktiven Betroffenen immer wieder erstaunlich auffällige und so auch gut verwertbare diagnostische Hinweise. Gerade für Jugendliche, die zum Teil ihre

Problematik verdrängen, respektive nicht wahrhaben wollen, sind solche objektivierbare Befunde zur Erklärung und auch Akzeptanz der Diagnose und einer allfällig indizierten Behandlung wichtig.

Durch die in meiner Praxis tätigen Kinderpsychologinnen wird in der Regel zusätzlich eine umfassende schul-, resp. entwicklungspsychologische Untersuchung durchgeführt, die m. E. zur Diagnosestellung einer ADHS im Kindesalter unerlässlich ist. Selbstverständlich sind dabei differentialdiagnostisch auch immer familiäre, soziale und weitere Umstände zu berücksichtigen.

Behandlung

In einem gemeinsamen Gespräch mit Kind, Eltern, Psychologin und Arzt wird nach diesen ausführlichen Untersuchungen eine Beurteilung durchgeführt und ein Behandlungsplan aufgestellt:

Neben verhaltenstherapeutischen und schulpädagogischen Massnahmen wird in meiner Praxis häufig ein Medikationsversuch eingeleitet. Diese Behandlung mit Stimulanzien kann bei korrekter und individuell richtiger Durchführung in vielen Fällen die Aufmerksamkeitsleistung und Konzentrationsfähigkeit ganz entscheidend verbessern. Man könnte diese Medikamente deshalb auch als Prokonzentrativa bezeichnen. Gerade beim vorwiegend aufmerksamkeitsgestörten Kind geht es ja nie darum, ein störendes Verhalten zu beseitigen („Ruhigstellung“ der Kinder), sondern darum, die Informationsverarbeitung im Sinne einer „Brillenfunktion“ zu verbessern. Dies gelingt häufig erstaunlich gut. Entscheidend dabei ist jedoch, dass

diese Pharmakotherapie durch einen erfahrenen Arzt möglichst optimal eingestellt, immer wieder hinterfragt und wenn nötig auch korrigiert wird!

Für viele hypoaktive Betroffene ist die nachfolgende Beurteilung einer 15 – jährigen Gymnasiastin durch eine erfahrene Lehrerin ganz typisch:

*Endlich wird nun meine Schülerin seit einigen Monaten auch medikamentös behandelt. Dass ihr damit geholfen werden kann, merken wir Lehrer ganz deutlich: **Aus einer konfusen, unkonzentrierten Schülerin wird ein denkender Mensch, der sich mitteilen kann, das ist wunderbar zu erleben!***



Zum Autor:

Dr. med. Meinrad H. Ryffel, Kinder- und Jugendarzt FMH mit Schwerpunktpraxis für ADHS-betroffene Kinder und Jugendliche in 3053 Münchenbuchsee

Website: www.hansguckindieluft.ch

Benutzername: adhs

Kennwort: ryffel

ICD: Abkürzung für International Classification of Diseases = Internationale Klassifikation der Krankheiten. Weltweit anerkanntes Diagnoseklassifikations-System. Herausgegeben von der WHO (Weltgesundheitsorganisation). Aktuelle Version ICD-10, 2006.

DSM: Abkürzung für Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders = Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen. Herausgegeben von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung. Aktuelle Version DSM-IV, 2007.