elpost

Vielseitiges ADHS II

Mitgliedermagazin der
ADHS-Organisation elpos Schweiz

Differenzialdiagnose und Komorbidität – worauf man beim ADHS achten muss

Es gehört zur medizinischen und psychotherapeutischen Sorgfalt, auch beim Vorliegen scheinbar eindeutiger Symptome und Befunde nicht vorschnell auf eine bestimmte Erkrankung zu schliessen. Auch wenn es dem Erfahrenen häufig gelingt mit einer sogenannten Blickdiagnose relativ nah an die Problematik eines Patienten oder einer Patientin heranzukommen, braucht es doch eine sorgfältige Diagnostik.

Diese Diagnostik beruht – da ja bedauerlicherweise Labortests oder bildgebende Verfahren wenig Erkenntnisse bringen – beim ADHS hauptsächlich auf einer sorgfältigen Anamnese aus verschiedenen Perspektiven, verschiedenen Testuntersuchungen und einer Verlaufsbeobachtung in wichtigen Lebenssituationen. Diese Überlegungen geschehen zunächst ergebnisoffen. Man versucht schrittweise, andere die Problematik des Kindes erklärende Störungsbilder auszuschliessen (sogenannte Ausschlussdiagnose) und sich damit der individuellen Problematik zu nähern.

Die Differenzialdiagnose

Teil dieses Prozesses ist die Differenzialdiagnose, d.h. das systematische Suchen nach anderen Erkrankungsbildern oder sozialen Gegebenheiten, die die Problematik besser erklären. Ein klassisches Beispiel ist ein erniedrigter Eisenspiegel durch Blutverlust oder Ernährungsprobleme bei Patienten, die wegen ihrer Ermüdbarkeit und ihrer Erschöpfung auch als depressiv eingeordnet werden könnten. Hier geht es letztlich um ein «entweder/oder». Bei der Bearbeitung der Komorbidität, wie dies auch von der internationalen Klassifikation der Erkrankungen ICD-11 vorgegeben ist, sucht man nach weiteren Störungsbildern, die neben dem zunächst Diagnostizierten bestehen oder die dazu gekommen sind. Hier geht es praktisch um ein «sowohl als auch». Es gehört geradezu zum Wesen des ADHS, dass andere sogenannte Begleiterkrankungen oder Zweiterkrankungen wie Angst, Depression, Tic-Erkrankungen oder auch Störungen des Sozialverhaltens zur Gesamtproblematik dazu gehören. In solchen Fällen lässt sich beispielsweise das ADHS

↑ Auch Einflussfaktoren wie ein Schulwechsel werden bei der Differenzialdiagnostik miteinbezogen.

durch Methylphenidat, Psychoedukation oder andere Massnahmen recht gut eingrenzen. Die begleitende Angststörung wird dadurch aber nicht automatisch besser. Wenn man dann noch die zeitliche Komponente hinzurechnet, also das Auftauchen und Verschwinden bestimmter psychischer Störungen und wechselnde soziale Einflussfaktoren wie Schulwechsel oder familiäre Probleme, dann stellen sowohl Differenzialdiagnostik als auch Komorbiditätseinschätzung einen anspruchsvollen, gemeinsam zwischen Diagnostiker und Patient/-in herzustellenden Prozess dar. Er braucht seine Zeit und seine Ressourcen.

Differenzialdiagnostik des ADHS – «entweder/oder»

Viele der diagnostischen Fragen, die dem Patienten und seiner Familie beim ADHS-Verdacht gestellt werden, versuchen zu klären, ob nicht ein anderes Störungsbild die Problematik besser erklärt.

Mögliche andere Erklärungen für ADHS-artige Symptome

- → Normale alterstypische Bewegungsunruhe «motorisch unruhiger Bewegungstyp»
- → Agitierte Depression
- → Zustand nach Schädelhirntrauma
- → Zustand nach Hirnhaut- oder Gehirnentzündung
- → Zustand bei Tumorerkrankung
- → Zustand bei Stoffwechselanomalien
- → Posttraumatisches Syndrom
- → Angst- und Panikstörung
- → Bipolare Störung
- → Schilddrüsenüberfunktion
- → Beginnende Psychose

Die differenzialdiagnostisch in Frage kommenden Störungsbilder sind selbstverständlich unterschiedlich häufig und wahrscheinlich, so dass die Diagnostik schrittweise von den wahrscheinlichsten alternativen Erklärungsmustern (Störung des Sozialverhaltens, affektive Störung, posttraumatische Störung), dann teilweise wesentlich weniger wahrscheinlichen Störungsbildern wie einer beginnenden Schizophrenie oder einer unerkannt gebliebenen

Hirnhautentzündung führen. Es ist gerade dieses systematische Durchdenken und Befragen bezüglich eher seltener Störungsbilder, die auch beim komplizierten und schwer zu behandelnden scheinbaren ADHS-Fall wichtige neue Erkenntnisse für das Verständnis des Störungsbildes geben kann. So mag ein im Säuglingsalter vernachlässigtes und traumatisiertes Adoptivkind in sehr guten Verhältnissen ruhig und strukturiert mit wenig Symptomatik aufwachsen, dann aber eines Tages nicht mehr genügend Ressourcen haben, um seine früher erworbene Bindungsstörung und seine Impulskontrollstörung auszugleichen. Dann ist beispielsweise die Diagnose einer Bindungsstörung mit Enthemmung wesentlich wahrscheinlicher, bei der die üblichen Aufklärungsmassnahmen bezüglich ADHS und auch eine Pharmakotherapie wenig ausrichten und bei denen oft ein wesentlich eingrenzenderes und intensiveres Behandlungssetting gewählt werden muss. In einem derartigen Fall hängt von einer differenzialdiagnostischen (Neu-) Einschätzung eine grundsätzliche Richtungsentscheidung für die Betreuung eines Kindes ab.

Lernen von der Organmedizin

In der Organmedizin ist die Differenzialdiagnostik selbstverständlich. Wenn ein Patient mit diffusen Rückenschmerzen oder starken, plötzlich auftauchenden Bauchschmerzen in der Notfallstation auftaucht, wird auch systematisch vorgegangen, um zu schauen, welche wahrscheinlichsten Diagnosen ausgeschlossen werden können, immer im Bezug natürlich auf Alter und Geschlecht, aber auch welche klinischen «Raritäten» zu bedenken sind. Daher ist eine systematische Leitlinien-gerechte Differenzialdiagnostik ebenso wichtig wie ein interdisziplinärer Austausch bezüglich der Einordnung teilweise verwirrender Symptome. Je besser ein Patient bzw. seine Eltern über die eigene Befindlichkeit Auskunft geben können und vielleicht besonders exemplarische Situationen schildern können, in denen die Problematik besonders deutlich wird, desto einfacher wird es für den Differenzialdiagnostiker sein, seine Einschätzung durchzuführen.

Komorbidität – «sowohl als auch»

Für die Erfassung der komorbiden Probleme bzw. Störungsbilder, gilt im Grundsatz das gleiche wie bei der Differenzialdiagnostik. Es gehören genaue Beobachtung, standardisierte Untersuchung, Verlaufsbeobachtung und klinische Bewertung untrennbar zusammen. Oft ist es der Patient selbst, der dem Diagnostiker aufzeigt, dass das ADHS-Konzept nicht wirklich alle Probleme erklärt und auch durch ein ggf. teilweise erfolgreiche Therapie nicht alle Probleme beseitigt sind. Es stellt sich allerdings die Frage, ob die übrigbleibenden Probleme typische altersentsprechende soziale Stressfaktoren und Anpassungsreaktionen sind, durch die letztlich jedes Kind «durchmuss», oder ob wirklich ein zweite Krankheitswertigkeit vorliegt. Dies kann insbesondere bei Angstzuständen und Stimmungsschwankungen schwierig sein, da sich die Psyche beispielsweise in der Frühadoleszenz durch eine gewisse Instabilität und schwankende Emotionssteuerung auszeichnet.

↑ Die Differenzialdiagnose hilft, sich der jeweiligen Problematik systematisch zu nähern und die richtige Lösung für den Patienten zu finden.

Hier ist der Blick auf Gleichaltrige mit ADHS ohne Komorbidität oder Gleichaltrige ohne jegliche psychische Störung hilfreich, ebenso der Vergleich mit beispielsweise in Jugendstudien erhobenen typischen Sorgen und Themen der jeweils heutigen Jugend. Nicht jede Stimmungsschwankung, nicht jede aggressive Situation muss gleich im Sinne der Komorbidität eine zweite Störung darstellen. Bestehen aber die nicht durch ein ADHS erklärlichen Symptome länger als ein halbes Jahr, tauchen in verschiedenen Lebensbereichen auf, wurden sie mit «Bordmitteln» der Familie oder disziplinarischen Massnahmen bzw. individuellen Anstrengen des Kindes kaum beeinflusst und fallen auch dritten Personen separat vom ADHS auf, dann sind dies wichtige Anzeichen dafür, weiter zu forschen.

Die grossen Langzeitstudien zeigen eine ganze Anzahl an komorbid mit ADHS auftauchenden Problemen, die von externalisierenden Verhaltensweisen wie einer Störung des Sozialverhaltens über letztlich mit dem ADHS völlig unverbundene Problematiken (Tic-Störung) bis hin zu den häufig auch übersehenen affektiven Störungen aus dem depressiven und ängstlichen Bereich.

Komorbide Störungen

→ Angststörung
→ Affektive Störung/Depression
→ Tic-Störungen
→ Posttraumatische Belastungsstörungen
→ Störung des Sozialverhaltens
→ Schlafstörungen

Die Multiaxiale Klassifikation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die obigen Überlegungen gelten für die *1. Achse* des sogenannten multiaxialen Klassifikationsschemas der WHO nach ICD-10 (demnächst nach ICD-11, Abb1). Es geht bei diesem Klassifikationsschema darum, auf der ersten Achse die vorhandene und diagnostizierbare seelische Störung zu festzulegen. Differenzialdiagnostisch wird so von anderen Störungen abgegrenzt.

↑ Abb1: Multiaxiale Klassifikation

Auf der *2. Achse* stehen andere *leistungs- und entwicklungsbezogene Störungsbilder*, die nicht auf der 1. Achse codiert werden können. Was technisch klingen mag, ist für die Patienten ausgesprochen wichtig, nämlich die Feststellung, ob eine Legasthenie, also eine Lese- Rechtschreibschwäche, eine Dyslexie oder eine Dyskalkulie bzw. motorische und sensorische Störungen vorliegen. Diese sind keine psychiatrischen Krankheiten im engeren Sinne, sonst wären sie auf der Achse 1 zu finden. Sie beeinflussen aber die schulische und ausbildungstechnische Entwicklung eines ADHS-Patienten erheblich und sind damit für Betroffene von hoher Bedeutung.

Auf der *3. Achse* wird das *testpsychologisch ermittelte Intelligenzprofil* festgehalten, wobei sich in den letzten Jahren zunehmend Kinder finden, die im Bereich der Mustererkennung also des schnellen Überblickens von sozialen und anderen Situationen und auch der Versprachlichung recht gut sind. Im Bereich der Automatisierung, Standardisierung und Geschwindigkeit des Denkens und des Gedächtnisses bleiben sie aber deutlich hinter ihrem eigenen

Durchschnitt zurück. So hat man zwar einen IQ-Durchschnittswert, der Patient ist aber in den unterschiedlichen IQ-Bereichen sehr unterschiedlich begabt.

Auf der *4. Achse* codiert man – demnächst mit dem ICD-11 – *körperliche Erkrankungen* wie beispielsweise Neurodermitis, Asthma, Mukoviszidose oder auch andere mit ADHS einhergehende Probleme wie Adipositas (wegen des impulsiven Essens).

Auf der *5. Achse* werden die – etwas stigmatisierend ausgedrückt – *«abnormen» psychosozialen Bedingungen* erfasst, also Themen wie sexueller Missbrauch, Aufwachsen im Heim, schwere familiäre Kommunikationsstörung, Migration und viele andere Risikofaktoren, die einzeln zwar auch vom ADHS-Patienten gut ausgeglichen werden können, in ihrer Summe und ihrer Kumulation aber das Krankheitsbild und die Prognose mitbestimmen können.

Auf der *6. Achse* wird im Sinne des «globalen seelischen Funktionierens» der allgemeine *Schweregrad der Problematik* festgelegt. Durch dieses 5 bzw. 6-achsige Vorgehen wird gewährleistet, dass nicht nur schulrelevante oder familienrelevante oder Einzelsymptome festgestellt werden, sondern dass das Kind in seiner Gesamtheit inkl. der Risikofaktoren beschrieben wird, um die optimale multimodale Therapie zu planen.

Multimodale Therapieplanung

Auf dem Boden des standardisiert diagnostizierten multiaxialen Klassifikationsschemas kann man für jeden Patienten und für jede Familie einen individuellen Therapieplan erarbeiten, wobei es sehr wichtig ist zu priorisieren.

Manchmal ist die Behandlung einer scheinbar gar nicht so wichtigen Komorbidität bedeutsam, damit psychische Ressourcen und Entwicklungsprozesse wieder in Gang kommen. In einzelnen Fällen ist eine Pharmakotherapie mit Methylphenidat oder anderen Substanzen absolut notwendig, damit der Patient überhaupt psychotherapiefähig wird, in dritten Fällen ist ein Legasthenie-Training

und eine körperliche Intervention z.B. bei schwerem Asthma von hoher Bedeutung in der Anfangsphase einer Therapie und bei wieder anderen Fällen sind es die psychosozialen Belastungsfaktoren vor allem seitens der Eltern, die prioritär angegangen werden müssen. Dies ergibt einen differenzierten, individuellen Zugang mit einer Hierarchisierung der Interventionen.

Ausblick

Es bleibt abzuwarten, ob bei dem zunehmenden Fachärzte- und Fachkräftemangel den Vergütungs- und damit Zeitstrukturen im Gesundheitswesen und den zunehmenden Anforderungen in Schule und Ausbildung weiterhin seriös und mit aller gebotenen Zeit differenzialdiagnostisch unterschieden werden kann und Komorbiditäten festgestellt werden können. Bedauerlich wäre eine oberflächliche «Schnellschuss- oder Blickdiagnostik», die den jeweils spezifischen Entwicklungsaufgaben und den ebenfalls individuellen Einschränkungen und Ressourcen nicht entsprechend nachkommt. ↖

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch MBA LL.M. Chefarzt KJPD Luzern