

Wie wir Kinder mit FASD erkennen können – Unterschiede zum AD(H)S

Vorgetragen von Inga Freunsch

Bei der Diagnostik von FASD standen bisher die körperlichen Symptome im Vordergrund; so der bekannte „Majewski-Score“, nach dem eine Einteilung der Alkoholembryopathie in Grad I bis III stattfindet bzw. in Alkoholeffekte, wenn weniger als 10 Punkte bei der Diagnostik erreicht werden. Zugrunde gelegt werden hierbei z.B. Minderwuchs, Dysmorphien, Augenfehlbildungen u. a. Das Problem ist, dass „Alkoholeffekte“ eine leichtere Form der Schädigung suggerieren, die es aber nicht ist.

Neuer ist der 4-Digit Diagnostic Code (2004). Hier werden Wachstumsdefizite, ZNS-Auffälligkeiten, pränatale Alkoholexposition u. a. zugrunde gelegt. Es gibt 22 diagnostische Kategorien, und schon drei Kategorien erfüllen die Kriterien einer FAS-Diagnose. Problematisch bei dieser Art der Diagnostik ist der hohe Aufwand, die Betonung körperlicher Merkmale und dass es viele Restkategorien gibt.

In Münster gibt es drei Diagnosekriterien:

- FAS mit gesicherter Alkoholexposition
- FAS ohne gesicherte Alkoholexposition
- Verdachtsdiagnose

Die Wichtigkeit körperlicher Symptome steht hier der Erfahrung (ohne Stigmata) gegenüber.

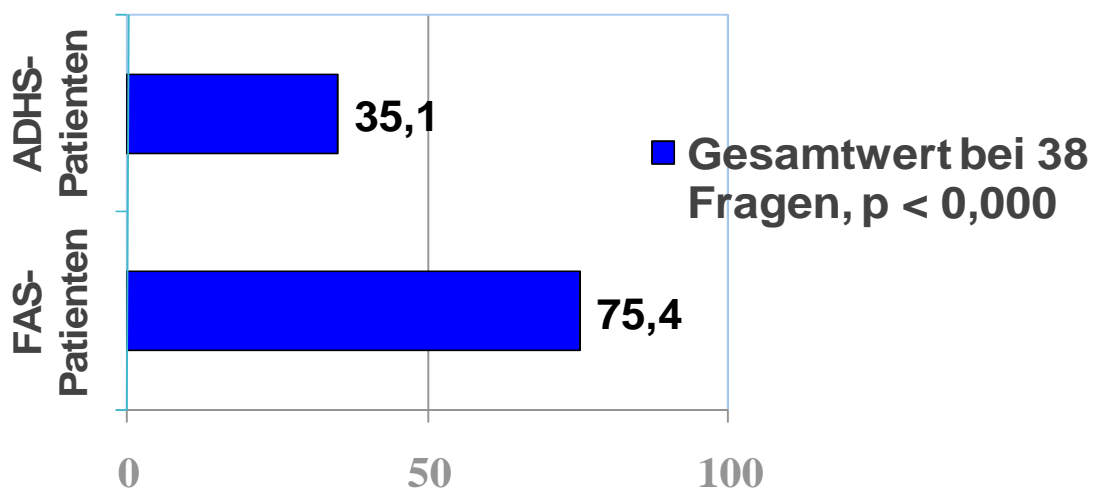
Der erste den Eltern vorgelegte Fragebogen umfasste 99 Punkte, die Fragen z.B. zum Verhalten zu Hause und beim Spielen, zu Emotionen, Selbstständigkeit, Umgang mit anderen Kindern usw. beinhalteten. Dieser Fragebogen erwies sich als nicht praktikabel, weil zu lang. Also wurde eine Faktorenanalyse mit 110 Eltern gemacht und zwei wichtige Faktoren herausgefiltert:

1. Abstraktes Denken
2. Selbstständiges Spielen und Lernen

Im ersten Punkt geht es darum, soziale Situationen einzuschätzen, um das Verstehen von Konsequenzen, Abschätzen von Risiken usw. Im zweiten Punkt

werden Verhaltensweisen analysiert wie „Nachplappern“, Phantasie, Reizoffenheit. Zur Einschätzung steht den Eltern eine Skala von 0 (=trifft gar nicht zu) bis 3 (=trifft voll zu) zur Verfügung.

Bei der Auswertung der Fragebögen ist ersichtlich, dass bei FASD-Patienten fast doppelt so häufig durchschnittlich der Faktor 2 vergeben wurde als bei AD(H)S-Patienten (Durchschnitt = Faktor 1).



ADHS: durchschnittlicher Gesamtwert: 35,1 → im Schnitt wird die „1“ angekreuzt („trifft manchmal zu“)

FAS: durchschnittlicher Gesamtwert von 75,4 → im Schnitt wird „2“ angekreuzt („trifft häufig zu“) → mehr als doppelt so viel

Bei den Fragen zum abstrakten Denken ist deutlich erkennbar, dass AD(H)S-Patienten im Gegensatz zu FAS-Patienten nicht naiv/ arglos sind und dass sie Dinge, Handlungen usw. erklären können. FAS-Patienten gehen häufig mit jedem mit, haben kein Zeit- und Geldverständnis. Sie brauchen einen strukturierten Tagesablauf, sind schneller ablenkbar, haben mangelnde Konzentration.

Zusammenfassend kann man sagen, dass durch diese Art der Diagnostik eine relativ sichere Zuordnung der Patienten möglich ist.