

Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden  
ADHS - State of the Art – Diagnostik  
9.12. 2010

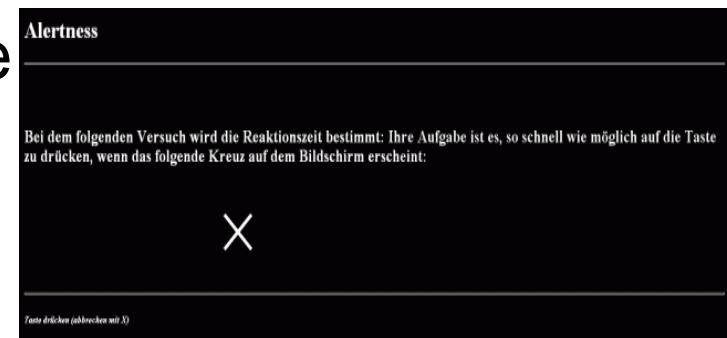
Einsatz der Testbatterie zur  
Aufmerksamkeitsprüfung für Kinder (KITAP)  
bei der Diagnostik von ADHS

Dr. phil. Renate Drechsler  
Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Universität Zürich

# TAP

## Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung

- Autoren: Zimmermann und Fimm  
(TAP 1.2 1993, Tap.2.0 2002, TAP 2.1 2007)
- 13 PC-Tests zur Überprüfung von verschiedenen Aufmerksamkeitsfunktionen
- Ursprünglich: neuropsychologische Untersuchung von hirnerkrankten Erwachsenen
- normiert für Erwachsene (ab 20 Jahren)
- nur teilweise normiert für Kinder / Jugendliche
- Neutral-abstrakte visuelle Reize



# KITAP

## Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung für Kinder

- 2002, Autoren: Zimmermann, Gondan & Fimm
- normiert für Altersbereich 6 – 10
- kindgerecht („Schloss der Geister“)
- gleiches theoretisches Konzept wie TAP
- Testauswahl orientiert an zentralen Verfahren der TAP
  - **Alertness**
  - **Flexibilität**
  - **Geteilte Aufmerksamkeit**
  - **Go/Nogo**
  - **Visuelles Scanning**
  - **Daueraufmerksamkeit**
  - **Ablenkbarkeit** (neu)
  - **Vigilanz** (nicht normiert)



# Aufmerksamkeit – ein mehrdimensionales Konstrukt

## Einteilung in Dimensionen und Bereiche

(nach Sturm 2009, angelehnt an van Zomeren & Brouwer 1994, Posner & Raichle 1994)

Dimension	Bereich	Untersuchungsparadigma	Untertests KITAP
Intensität	<b>Aufmerksamkeitsaktivierung (Alertness)</b>	Visuelle oder auditive Reaktionsaufgabe mit oder ohne Warnreiz	<b>Alertness</b>
	<b>Daueraufmerksamkeit</b>	Langandauernde Signalentdeckungsaufgaben, hoher Anteil relevanter Stimuli	<b>Daueraufmerksamkeit</b>
	<b>Vigilanz</b>	Langandauernde monotone Signalentdeckungsaufgaben, niedriger Anteil relevanter Stimuli	<b>Vigilanz</b>
Selektivität (exekutive Kontrolle)	<b>Selektive oder fokussierte Aufmerksamkeit</b>	Wahlreaktionsaufgaben, Aufgaben mit Störreizen	<b>Ablenkbarkeit, Go/Nogo</b>
	<b>Geteilte Aufmerksamkeit, Aufmerksamkeitsflexibilität</b>	Verteilung der Aufmerksamkeit auf mehrere Informationskanäle Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus	<b>Flexibilität, Geteilte Aufmerksamkeit</b>
<b>Räumliche Aufmerksamkeit (plus Selektivität)</b>	<b>Visuelles Scanning</b>	Visuelle Explorationsaufgabe mit systematische Blickbewegungen	<b>Visuelles Scanning</b>

# Beschreibung der KITAP Untertests

---

## 1. Alertness

Antwort auf einen einfachen visuellen Stimulus

=> Tastendruck

30 Durchgänge



## 2. Go/Nogo

=> Reaktion „so schnell wie möglich“



=> keine Reaktion



40 Durchgänge (20Go / 20 Nogo)



# Beschreibung der KITAP Untertests

---

## 3. Ablenkbarkeit

Go/Nogo - Aufgabe mit Ablenkern

Instruktion:  
„Drücke die Taste beim  
traurigen Gespenst“

80 Durchgänge

- 40 mit Ablenker
- 40 ohne Ablenker



# Beschreibung der KITAP Untertests

---

## 4. Flexibilität

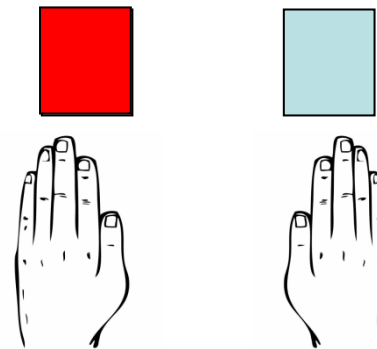
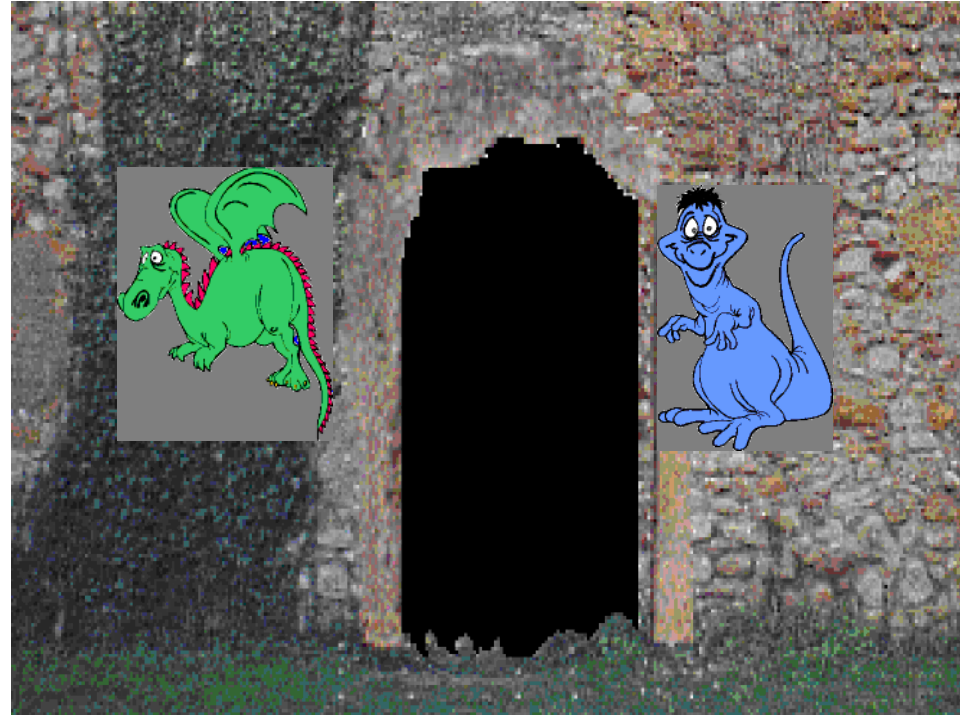
Alternierender Zielreiz:

Grüner Drache – blauer Drache

2 Antworttasten

- 48 Durchgänge

- selbstgewählte  
Arbeitsgeschwindigkeit  
(self-paced)



# Beschreibung der KITAP Untertests

---

## 5. Geteilte Aufmerksamkeit

a. Reaktion auf auditiven kritischen Reiz:

„Drücke die Taste, wenn dieselbe Eule zweimal hintereinander ruft.“  
(130 Reize, 20 kritisch)

b. Reaktion auf visuellen kritischen Reiz

„Drücke die Taste, wenn der Eule die Augen zufallen.“  
(140 Reize, 20 kritisch)



# Beschreibung der KITAP Untertests

---

## 6. Daueraufmerksamkeit (*visueller Continuous Performance Test*)

Kritischer Reiz:  
Hintereinander zwei  
Gespenster  
derselben Farbe

Dauer: 10 Minuten

### **Fehler**

(commission errors)  
=> Impulsivität

### **Auslassungen**

(omission errors)  
=> Unaufmerksam-  
keit



# Beschreibung der KITAP Untertests

---

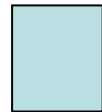
## 7. Visual Scanning

Fliegen alle Hexen in dieselbe Richtung?

Nein => Tastendruck rechts  
Ja => Tastendruck links

100 Durchgänge  
50 kritische:50 nonkritische Items

Eigene Tempowahl („Self-paced“)



# KITAP, Beispielausdruck Visual Scanning

## Auswertung „Scanning“

Bedingung	Mittel	Median	%	Stdabw	%	Korr.	Fehl.	%	Ausl.	%
Zeile 1	1479	1103		909		7	0		3	
Zeile 2	2070	2358		913		8	0		1	
Zeile 3	1544	1386		732		10	0		0	
Zeile 4	1925	1794		529		9	0		0	
Zeile 5	2596	2264		1023		6	0		4	
Spalte 1	1250	1122		378		10	0		0	
Spalte 2	1397	1226		447		7	0		3	
Spalte 3	2045	1915		342		7	0		2	
Spalte 4	2266	2381		968		8	0		1	
Spalte 5	2567	2789		1084		8	0		2	
krit. ges.	1881	1740		858		40			8	
n.krit.	3403	3427	96	427	99	44	1	50	0	

Korrelation der RZ mit der Zeilen-Nr.: 0.294

Korrelation der RZ mit der Spalten-Nr.: 0.602



Entdecken der kritischen Items:  
Analyse nach Zeilen und Spalten

⇒ Systematik der visuellen  
Exploration

Klassische visuelle Suchaufgabe bei  
ADHS:  
Matching Familiar Figure Test  
(MFFT) (Kagan 1966)

# Diskriminiert die KITAP zwischen Kindern mit und ohne ADHS?

**Kaufmann et al. 2010: Predictive validity of attentional functions in differentiating children with and without ADHD: a componential analysis.** *Developmental Medicine & Child Neurology* , 52: 371–378

## Deskriptive Ergebnisse

	Kinder mit ADHD-C (n=17) 17m 10.4 J	Kinder ohne ADHD-C (n=17) 12m/5w 10.8 J
<b>Alertness</b>		
Median RT, ms	345.5 (89.2)	309.5 (61.1)
SD, ms	112.2 (78.9)	60.1 (36.3)
<b>Flexibilität</b>		
Errors	4.1 (3.7)	2.2 (1.6)
Median RT, ms	1118 (318)	972 (334)
<b>Geteilte Aufmerksamkeit</b>		
Fehler	28.2 (20.9)	16.2 (17.7)
Auslassungen	13.7 (5.8)	10.2 (9.0)
<b>Go/ no go</b>		
Fehler	2.1 (2.4)	2.1 (1.7)
Median RT, ms	546 (117)	475.5 (103.0)
SD, ms	146 (47)	100.0 (30.4)
<b>Visual scanning</b>		
Auslassungen	12.5 (10.2)	9.7 (7.2)
Fehler	5.4 (10.5)	1.8 (2.3)
Median RT, ms	5725 (2438)	6206 (2362)

## Diskriminiert die KITAP zwischen Kindern mit und ohne ADHS?

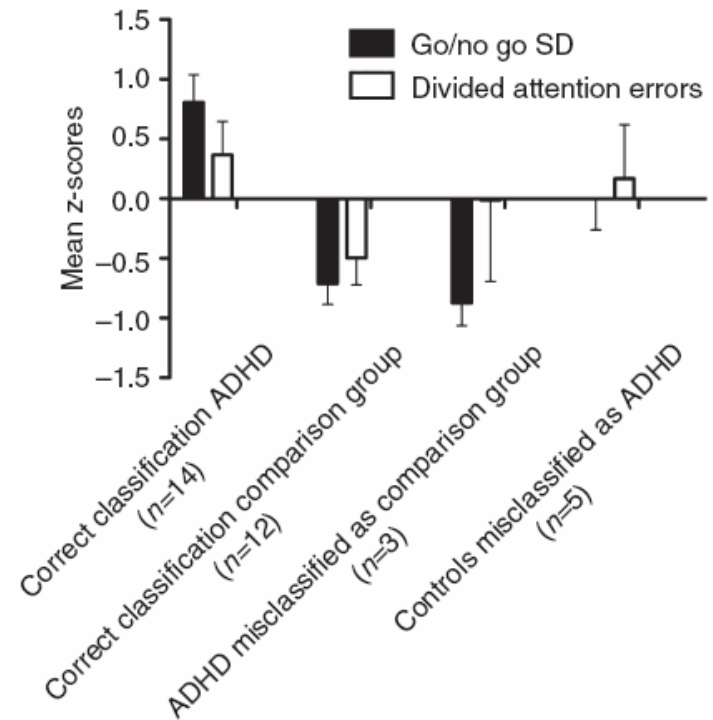
Kaufmann et al. 2010: Predictive validity of attentional functions in differentiating children with and without ADHD: a componential analysis

Diskriminanzanalyse:  
(Bootstrapping)

=> Korrekte Klassifizierung von  
14 ADHS-Kindern (von 17)  
12 Kontroll-Kindern (von 17)

anhand von **Go/Nogo ,SD**

und **Geteilte Aufmerksamkeit , Fehler.**



**Figure 1:** Mean z-standardized predictor scores (go/no go SD and divided attention errors) of correctly and incorrectly classified participants. The error bars represent standard errors of the mean.

## Diskriminiert die KITAP zwischen Kindern mit und ohne ADHS?

Drechsler et al. (2009): Zur klinischen Validität einer computergestützten Aufmerksamkeitstestbatterie für Kinder (KITAP) bei 7- bis 10-jährigen Kindern mit ADHS. Kindheit und Entwicklung 18, 153 – 161

	ADHS gesamt N=50	ADHS gemischt plus hyperaktiv (N=35)	ADHS Unaufmerk- sam (N=15)	Kontrolle N=50	P
<b>Knaben /Mädchen</b>	40/10	27/8	13/2	40/10	n.s
<b>Alter (SD)</b>	8.9 (1.1)	8.9 (1.2)	8.7 (1.0)	8.8 (1.2)	n.s
<b>IQ (SD)</b>	102.0 (17.2)	104.0 (17.6)	97.3 (15.6)	105.4 (12.9)	n.s

### KITAP

Alertness

Go/Nogo

Ablenkbarkeit

Flexibilität










Geteilte Aufmerksamkeit

Daueraufmerksamkeit

## Diskriminiert die KITAP zwischen Kindern mit und ohne ADHS?

### Ergebnisse (PR) : Gruppenvergleich

Drechsler et al. (2009) Klinischen Validität der KITAP bei der Diagnose von ADHS

		Kontrollen (50)	ADHS (50)		
<u>Alertness</u>	Median RT	57.7	46.8	°	
	SD RT	48.4	43.5	ns	
<u>Go Nogo</u>	Median RT	54.3	48.8	ns	
	Fehler	38.5	33.3	ns	
<u>Ablenkbarkeit</u>	Median RT	36.6	43.8	ns	
	Fehler	59.8	43.2	**	
	Auslassungen	51.3	46.8	ns	
<u>Flexibilität</u>	Median RT	40.9	33.1	*	
	SD RT	34.9	19.7	*	
	Fehler	53.4	33.5	**	
<u>Geteilte Aufmerksamkeit</u>	Median	50.8	52.4	ns	
	Fehler	51.8	42.0	°	
	Auslassungen	58.9	43.3	**	
<u>Daueraufmerksamkeit</u>	Median	50.2	45.7	ns	
	Fehler	50.4	30.9	***	
	Auslassungen	45.3	29.8	**	

°=0.1 > p<.05, \*\* p<.01, ns= nicht signifikant

# Diskriminiert die KITAP zwischen Kindern mit und ohne ADHS?

Drechsler et al. (2009) Klinischen Validität der KITAP bei der Diagnose von ADHS

---

## Ergebnisse 1 : Gruppenvergleich

Vier von sechs Tests diskriminieren zwischen Kindern mit und ohne ADHS.

Aber : klinische Diagnose auf Einzelfallebene ?

## Klinische Diagnose auf Einzelfallebene mit KITAP?

### Verteilung der Prozentränge bei Kindern mit ADHS und Kontrollen (Drechsler et al. 2009)

Prozentrang	ADHS ( <i>n</i> = 50) (= 100 %)			Kontrollen ( <i>n</i> = 50) (= 100 %)		
	≤ 16	>16 ≤ 84	> 84	≤ 16	>16 ≤ 84	> 84
<b>Alertness</b>						
• Median RZ	14	76	10	6	76	18
• SD RZ	24	68	8	20	68	12
<b>Go/Nogo</b>						
• Median RZ	24	64	12	16	60	24
• Fehler	44	38	18	28	58	14
• Auslassungen	14	86	0	6	94	0
<b>Ablenkbarkeit</b>						
<i>Gesamt</i>						
• Median RZ	22	48	30	34	52	14
• Fehler	24	58	18	10	64	26
• Auslassungen	8	86	6	10	76	14
<b>Flexibilität</b>						
• Median RZ	34	58	8	12	82	6
• SD RZ	48	52	0	28	62	10
• Fehler	42	48	10	16	56	28
<b>Geteilte Aufmerksamkeit</b>						
• Median RZ	12	74	14	12	76	12
• Fehler	18	78	4	14	82	4
• Auslassungen	20	68	12	2	80	18
<b>Daueraufmerksamkeit</b>						
<i>Gesamt</i>						
• Median RZ	18	68	14	16	68	16
• Fehler	34	62	4	10	80	10
• Auslassungen	40	54	6	24	58	18

## Ergebnis Prozentrangverteilung

- In keinem der Untertests erreichen mehr als 42 % der Kinder mit ADHS ein klinisch auffälliges Ergebnis (< PR 16).
- Die Mehrheit der Kinder mit ADHS erreicht in den meisten Variablen unauffällige Ergebnisse (> PR 16).
- Auch Kontrollkinder zeigen z.T. erhöhte klinische Werte in KITAP-Aufgaben.  
(Kompensationsstrategie ? Speed/Accurracy Trade-off?)

# Testbatterie-These in der Diagnostik von ADHS

---

## ***Annahmen***

- => ADHS beruht auf einem Regulationsdefizit und ist daher unspezifisch
- => Leistungsfluktuationen
- => Leistungseinbrüche,  
Nebeneinander von auffälligen und unauffälligen Leistungen
- => unterschiedliche Störungsmuster
- => These: Mit einer Batterie unterschiedlicher Tests müsste sich ADHS besser diagnostizieren lassen als mit Einzeltests

# Batterieansatz: Diagnostische Klassifikation anhand mehrerer Tests

## Vorhersage anhand Kombinationen klinischer Testergebnisse

Anzahl Tests mit PR < 16	PP	NP	OPP	SE	SP	Chi <sup>2</sup>
(ausser AB Median)						
<b>1 Test +</b>	<b>.52</b>	<b>.75</b>	<b>.52</b>	<b>.96</b>	<b>.12</b>	<b>n.s.</b>
<b>2 Tests +</b>	<b>.61</b>	<b>.86</b>	<b>.77</b>	<b>.94</b>	<b>.40</b>	<b>.000</b>
<b>3 Tests +</b>	<b>.63</b>	<b>.63</b>	<b>.63</b>	<b>.62</b>	<b>.64</b>	<b>.008</b>
<b>4 Tests +</b>	<b>.70</b>	<b>.56</b>	<b>.59</b>	<b>.32</b>	<b>.86</b>	<b>.028</b>
<b>5 Tests +</b>	<b>.91</b>	<b>.97</b>	<b>.59</b>	<b>.20</b>	<b>1.0</b>	<b>.004</b>
<b>6 Tests</b>	<b>1.0</b>	<b>.51</b>	<b>.53</b>	<b>.06</b>	<b>1.0</b>	<b>.079</b>

PPP = Positive prädiktive Power, NPP = Negative prädiktive Power  
OPP = Gesamt prädiktive Power, SE = Sensibilität, SP = Spezifität



# Batterieansatz: Klassifikation anhand mehrerer Tests

Klassifikation von Probanden anhand auffälliger Ergebnisse

in **drei** oder mehr Tests der KITAP

	Testergebnisse: klassifiziert als auffällig 100%	Testergebnisse: klassifiziert als unauffällig 100%	
Tatsächlich: ADHD	Echte Positive 62 %	Falsche Negative 38%	← Sensibilität .62
gesunde Kontrollen	Falsche Positive 36%	Echte Negative 64%	← Spezifität .64

↑ .63 =Positive prädiktive Power

↑ .63 =Negative prädiktive Power

## 2. Batterieansatz: Klassifikation anhand mehrerer Tests

Klassifikation von Probanden anhand auffälliger Ergebnisse

Zwei und mehr auffällige Ergebnisse,  
nur aus den vier Tests der KITAP, die zwischen ADHS und Kontrollen diskriminieren

		Testergebnisse: klassifiziert als			
		auffällig 100%	unauffällig 100%		
Tatsächlich: ADHD		Echte Positive 50 %	Falsche Negative 50%	←	Sensibilität .50
	gesunde Kontrollen	Falsche Positive 23%	Echte Negative 77%	←	Spezifität .77

↑
↑

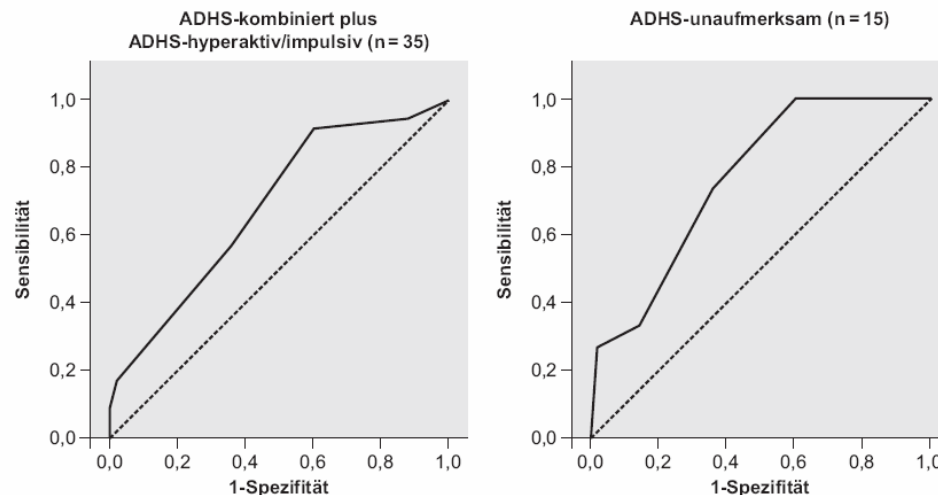
.68 =Positive prädiktive Power
.60 =Negative prädiktive Power

# Batterieansatz: Diagnostische Klassifikation anhand mehrerer Tests

## Konklusion

Auf Einzelfallebene reicht KITAP nicht zur Diagnosestellung aus - auch nicht bei ADHS Subtypen

- aber auch kein anderes Testverfahren zu Aufmerksamkeit /Exekutivfunktionen.



Anmerkungen: ROC = Receiver Operating Characteristics. Die Koordinatenpunkte der Kurve bilden die Ergebnisse der sechs KITAP-Untertests ab, die klinisch auffällig oder unauffällig sein können. Die Fläche unterhalb der Kurve gibt die Wahrscheinlichkeit an, mit der anhand der sechs Untertestergebnisse eine richtige Entscheidung getroffen wird. Bei ADHS-C + ADHS-H/I beträgt diese Fläche 68% ( $p = .004$ , Vertrauensintervall = .57-.79), bei ADHS-I 76% der Gesamtfläche ( $p = .002$ , Vertrauensintervall .64-.88).

Abbildung 1. ROC-Kurven der diagnostischen Klassifikation anhand von sechs Untertests der KITAP bei Kindern mit

Drechsler et al. (2009) Klinischen Validität der KITAP bei der Diagnose von ADHS

---

**„Generell ist festzustellen, dass die Unterschiede zwischen den Gruppen von Kindern mit der Diagnose „attention deficit disorder“ und den als unauffällig eingestuften Kindern nicht über die individuellen Profile hinwegtäuschen sollte. Für nahezu jeden Test und Parameter ist festzustellen, dass trotz möglicherweise nachgewiesenen Gruppenunterschieden Kinder aus der ADD-Gruppe überdurchschnittlich gute Leistungen erbringen, während als unauffällig eingestufte Kinder in spezifischen Verfahren deutliche Minderleistungen zeigen.“**

**KITAP-Manual S. 52, Zimmermann et al. 2002**

# Leitlinien

## zur Diagnose und Therapie von ADHS im Kindes- und Jugendalter

AACAP OFFICIAL ACTION

Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

**ABSTRACT**

This practice parameter describes the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) based on the current scientific evidence and clinical consensus of experts in the field. This parameter discusses the clinical evaluation for ADHD, comorbid conditions associated with ADHD, research on the etiology of the disorder, and psychopharmacological and psychosocial interventions for ADHD. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2007;46(7):894-921. **Key Words:** attention-deficit/hyperactivity disorder, evaluation, treatment, practice parameter.

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD; American Psychiatric Association, 2000) is one of the most common childhood psychiatric conditions. It has been estimated that 5% to 7% of school-age children seek to lay out evidence-based guidelines for the effective diagnosis and treatment of ADHD. In this parameter, the term *preschooler*

(Pliszka et al. 2007)

### Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/019 Entwicklungsstufe: 1

#### Zitierbare Quelle:

Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 239 - 254

## Hyperkinetische Störungen (F90)

### 1. Klassifikation

#### 1.1 Definition

Hyperkinetische Störungen (HKS) sind durch ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität gekennzeichnet, das in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß situationübergreifend auftritt. Die Störung beginnt vor dem Alter von 6 Jahren und sollte in mindestens 2 Lebensbereichen/Situationen (z.B. in der Schule, in der Familie, in der Untersuchungssituation) über mehr als 6 Monate auftreten.

Eur Child Adolesc Psychiatry (Suppl 1)  
13:37-139(2004) DOI 10.1007/s00787-004-1002-x

ORIGINAL CONTRIBUTION

### European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade

Eric Taylor  
Manfred Döpfner  
Joseph Sergeant  
Philip Asherson  
Tobias Banaschewski  
Jan Buitelaar  
David Coghill  
Marina Danckaerts  
Arbert Rothenberger  
Edmund Sonuga-Barke  
Hans-Christoph Steinhausen  
Alessandro Zuddas

E. Taylor (✉)  
Dept of Child & Adolescent Psychiatry  
Institute of Psychiatry  
Kings College London  
6e Crespigny Park  
London, SE5 8AF, UK  
E-Mail: e.taylor@iop.kcl.ac.uk  
M. Döpfner  
Psychiatry and Psychotherapy of Childhood  
& Adolescence  
University of Cologne  
Cologne, Germany

D. Coghill  
Dept. of Psychiatry  
University of Dundee  
Dundee, Scotland  
M. Danckaerts  
Dept. Child & Adolescent Psychiatry  
U. Z. Gasthuisberg  
Leuven, Belgium  
E. Sonuga-Barke  
Dept. of Psychology  
University of Southampton  
Southampton, UK

Discussions at the European Network for Hyperkinetic Disorders (EUNET-HYDIS) and iterative critique of each clinical analysis. Guided by evidence-based information and based on evaluation (rather than metaanalysis) of the scientific evidence a group of child psychiatrists and psychologists from several European countries updated the guidelines of 1998.

## Konsens

- ADHS - Diagnose: Klinisch
- Es gibt (zur Zeit?) keinen psychometrischen ADHS-Test
- Testpsychologische Abklärung: meist als Zusatz zur klassifikatorischen Diagnostik empfohlen

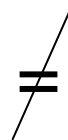
# Haben Kinder mit ADHS Aufmerksamkeitsstörungen?

---

Aufmerksamkeitsdefizit/  
Hyperaktivitätsstörung (ADHS)  
nach DSM-IV oder ICD-10

Typische Verhaltensmerkmale  
im Alltag (situationsübergreifend):

- Unaufmerksamkeit
- Impulsivität
- Hyperaktivität



Aufmerksamkeitsstörung im  
neuropsychologischen Sinne

Replizierbare und testpsychologisch  
objektivierbare Einschränkung von  
Aufmerksamkeitskomponenten oder  
Beeinträchtigung exekutiver  
Funktionen, z.B.

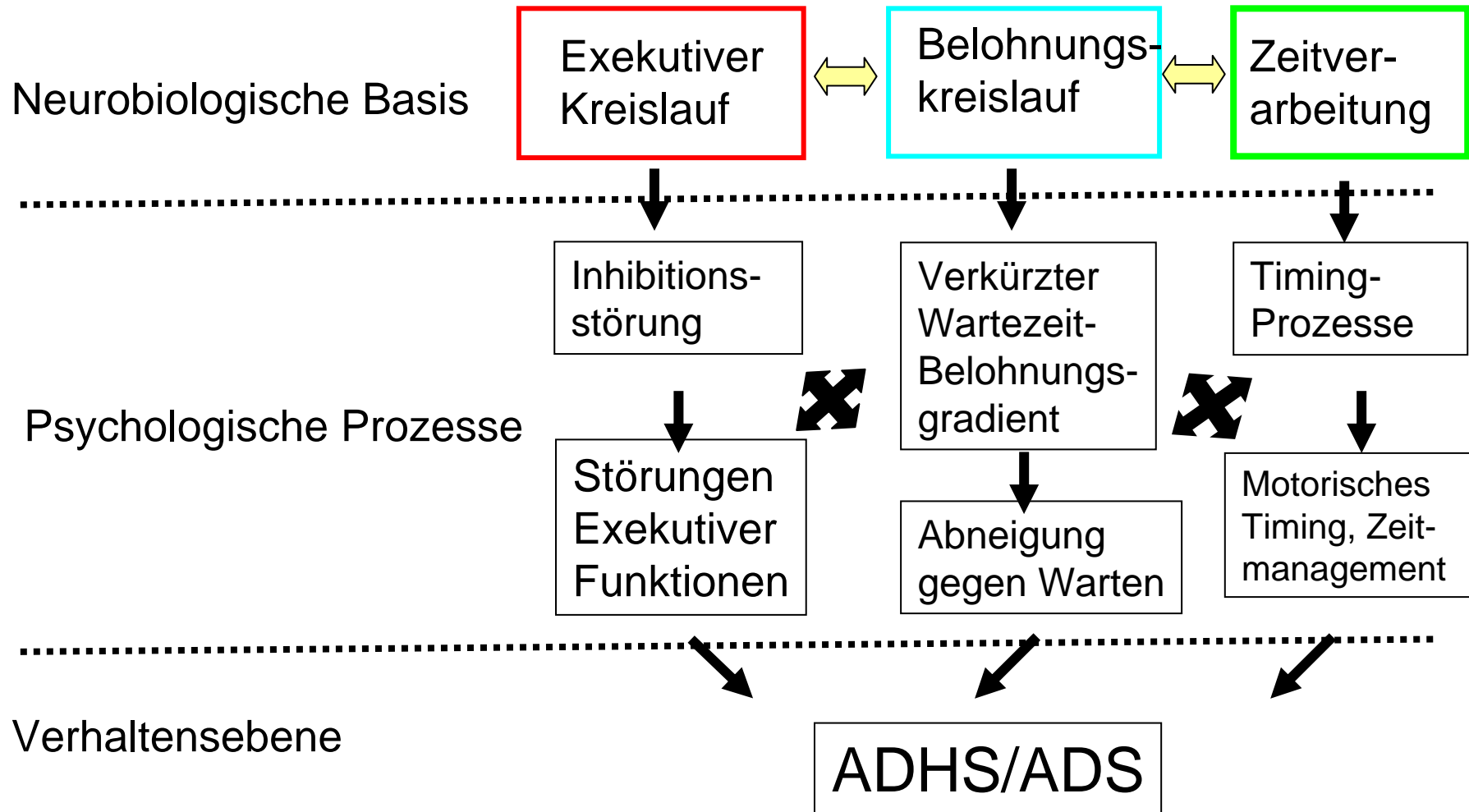
- Daueraufmerksamkeit
- Inhibitionskontrolle
- Verarbeitungsgeschwindigkeit
- kognitive Flexibilität
- Arbeitsgedächtnis

In Testverfahren zu Aufmerksamkeit/ Exekutiven Funktionen zeigen  
Kinder mit ADHS:

- etwa 1/3 deutliche Beeinträchtigungen
- etwa 1/3 schwankende Leistungen / teilweise Beeinträchtigungen
- etwa 1/3 keine Beeinträchtigungen

# ADHS: Mehrweg-Modelle

(Sonuga Barke 2005,  
Sonuga Barke et al. 2010)



# Fallbeispiel Maria

Alter 9.1, IQ=93

---

Zuweisungsgrund: Leistungsprobleme

## Schule

- zunehmend Leistungsprobleme
- sehr still, zurückgezogen, nimmt spontan wenig am Unterricht teil
- aber: „unauffällig, kein Problemkind“

## Zuhause (Elternangaben)

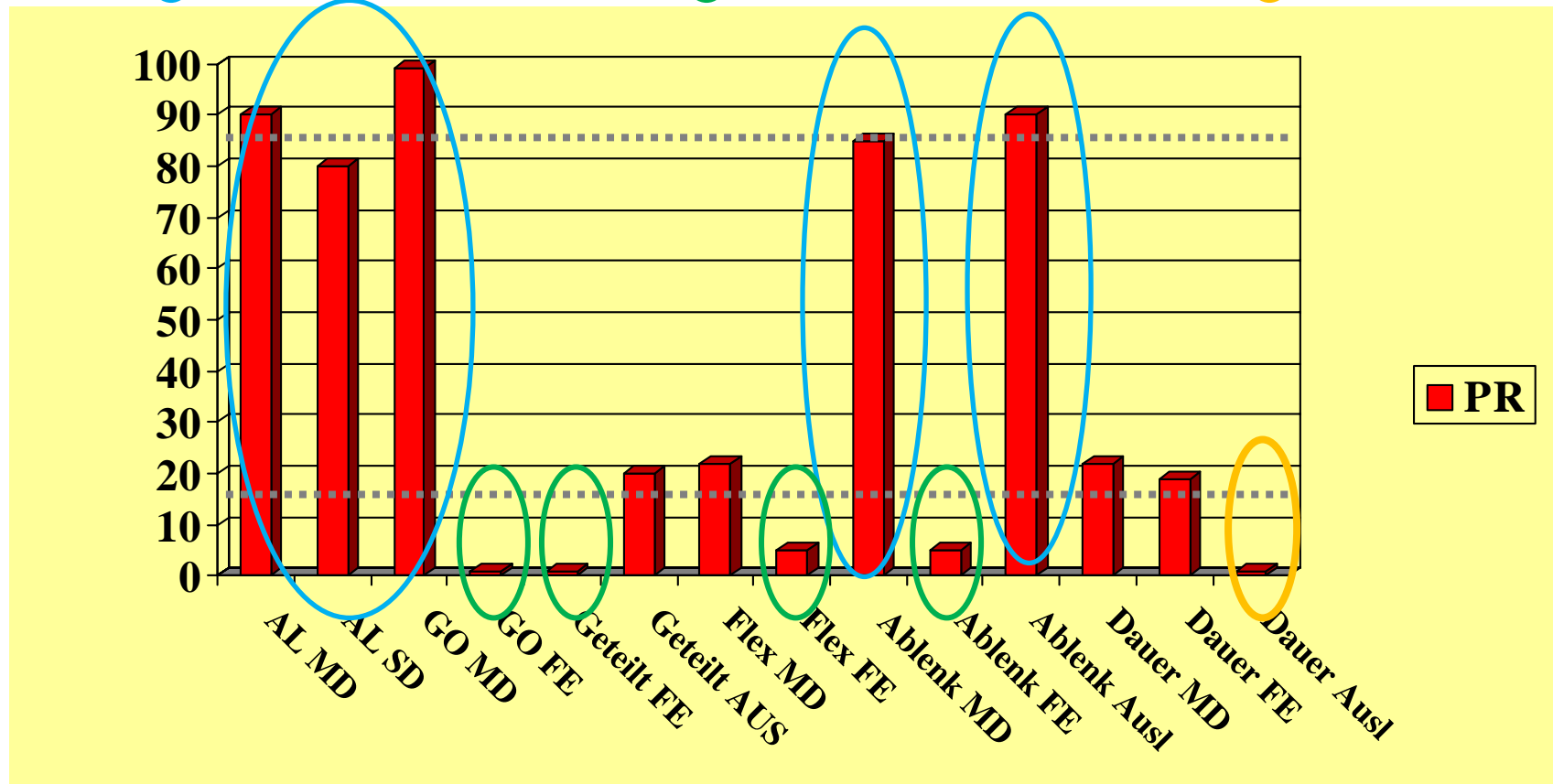
- fahrig, hört nie zu
- motorisch ungeschickt
- aufbrausend, Wutausbrüche, lässt sich nichts sagen

## In der Testsituation

- extrem ruhig
- Kein Blickkontakt
- Motorisch ungeschickt

# Maria: KITAP-Profil

○ = Reaktionszeit      ○ = Fehler      ○ = Auslassung



AL=Alertness, GO= Go/Nogo, Geteilt=Geteilte Aufmerksamkeit,  
 Flex=Flexibilität, Ablenk: Ablenkbarkeit, Dauer= Daueraufmerksamkeit  
 MD= Median RZ, SD= Standardabweichung, FE=Fehler, AUS=Auslassungen

# Fallbeispiel: Maria

---

z.T. Dissoziation von manifesten Verhaltenssymptomen und neuropsychologischen Auffälligkeiten:

## KITAP:

- Deutlich beeinträchtigte Inhibitionskontrolle
- Deutlich beeinträchtigte Daueraufmerksamkeit

## Manifestes Verhalten

still, schüchtern, nicht hyperaktiv, „Träumerin“

- Diagnose ADHS
- Elternberatung und Beginn Therapie

## Fazit: Warum ist neuropsychologisches Testen mit KITAP trotzdem sinnvoll und notwendig?

---

- KITAP: theoriebasiert, Hypothesen-generierend
- Kinder mit vergleichbaren ADHS-Symptomen können **völlig unterschiedliche** neuropsychologische Profile aufweisen
- Mögliche **Diskrepanz** Alltagsverhalten vs. Testleistung
- Bedeutung neuropsychologischer Testuntersuchung mit KITAP:
  - Keine/sehr eingeschränkte Bedeutung für **klassifikatorische** Diagnostik
  - Grosse Bedeutung für **individuelles Leistungsprofil**, mögliche **Therapieindikationen**
  - Dringend empfohlen bei **Schulleistungsproblemen**
  - Ev. Therapie**kontrolle** (z.B. Medikamente)
- Je grösser die Heterogenität des Störungsbilds, desto wichtiger die genaue diagnostische Abklärung im Einzelfall