

## **Kinder und Jugendliche mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen in Verbindung mit einer Autismus-Spektrum-Störung (unter Beachtung der ICD-11)**

- Erläuterung zum Bedarf einer schulischen Einzelfallhilfe (§ 35a, SGB VIII) und anderer unterstützender Maßnahmen für Kinder und Jugendliche mit dieser Störungskombination
- für Eltern und auch zur Kenntnisnahme für Pädagogen bei schulischen Problemen dieser Art geeignet

Nach Studienlage tritt bei ca. 30 - 80 Prozent der Kinder mit einer Autismus-Spektrum-Störung auch eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung auf.

Umgekehrt treten bei ca. 20 - 50 Prozent der Kinder mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung auch Störungsphänomene auf, welche man bezogen auf Qualität und Quantität mehr oder weniger stark den Autismus-Spektrum-Störungen zuordnet.

Hofvander, B. et al. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry* 10.

Rommelse, N.N. et al. (2010). Shared heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 19: 281–295.

Rutter, M. & Thapar, A. (2014). Genetics of autism. In: Volkmar, F.R. et al. (Ed.) *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. 4th Edition. Wiley: Hoboken. S. 411–423.

1.

Diese „Komorbidität“ (gemeinsames Auftreten verschiedener Störungen) kommt möglicherweise nicht von ungefähr.

Tebartz van Elst, L. (2018). Autismus und ADHS: Zwischen Normvariante, Persönlichkeitsstörung und neuropsychiatrischer Krankheit. Stuttgart. Kohlhammer.

Insbesondere weil beide Störungen zuvorderst neuro-kognitive Wurzeln haben, sind Prozesse betroffen, welche die Qualität und Quantität neuronaler Informationsverarbeitung (Wahrnehmung und Reizverarbeitung im weitesten Sinne) beinhalten. Insofern sind hochwahrscheinlich neurobiologisch (neurophysiologisch, neuroanatomisch) basierte Hirnveränderungen verantwortlich, welche die neuronale Konnektivität beeinflussen.

Einige Autoren gehen sogar von einem gemeinsamen Genpool beider Störungen aus.

Sizoo, B.B. et al. (2015). Temperament and character as endophenotype in adults with autism spectrum disorders or attention deficit/hyperactivity disorder. *Autism* 19: 400–408.

Irreführend für diese komorbide Konstruktion ist das bisherige ursächliche Verständnis von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen.

In der immer noch gültigen ICD-10, die seit 1994 die Grundlage für jedwede Klassifikation von Störungen ist, werden die Varianten der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung unter Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend klassifiziert (F9). Jedoch werden bereits da, konstitutionelle Faktoren (keine

psychosozialen) in der Genese als verantwortlich erachtet. Die Ätiologie sei jedoch unklar.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2015). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V (F). Bern. Hogrefe. S. 358.

Der „Autismus“ wird in der ICD-10 im kategorialen Verständnis in seinen drei Varianten:

- Frühkindlicher Autismus (F 84.0),
- Atypischer Autismus (F84.1),
- Asperger-Syndrom (F 84.5),

als tief greifenden Entwicklungsstörungen unter Entwicklungsstörungen (F8) klassifiziert.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2015). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V (F). Bern. Hogrefe. S. 317 ff und 355 ff.

Nach ICD-10 haben beide Störungen „ausschließenden Charakter“, das heißt, wenn ein Autismus klassifiziert wird, muss eine ADHS in ihren Varianten ausgeschlossen werden und umgekehrt.

Bereits der DSM-5® (2018) folgend, werden beide den Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung zugeordnet.

Wittchen, H.-U. & Falkai, P. (2018). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5(R). Göttingen. Hogrefe. S. 39 ff.

In der seit 01.01.2022 geltenden, jedoch noch nicht ratifizierten, ICD-11 werden beide Störungen unter 06 – Mentale-, Verhaltens- oder Neuronale Entwicklungsstörungen:

- 6A02 Autismus-Spektrums-Störung,
- 6A05 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen

gemeinsam klassifiziert.

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/437815624>

2.

Die neuronale „Schnittstelle“ zwischen beiden Störungskomplexen könnte die der sogenannten **Exekutiven Funktionen** sein.

Neben anderen Theorien zur neuropsychologischen Erklärung des Autismus oder besser (der DSM-5® folgend) der Autismus-Spektrum-Störung, wie zum Beispiel:

- der Mentalisierungs-Hypothese (im Kern Theory of Mind),

Förstl, H. (2012). Theory of Mind. Berlin. Springer.

Kamp-Becker, Inge; Bölte, Sven. (2021). Autismus. Reinhardt. (German Edition). Kindle-Version. S.38f.

- der Hypothese der Schwachen Zentralen Kohärenz (oder Kontextblindheit),

Mackenberg, H. & Vermeulen, P. (2016). Autismus als Kontextblindheit. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, vol. 66, no. 1, Jan. 2017, pp. 76.

... gibt es die sogenannte

- Dysexekutive Hypothese (als Ursache die Exekutive Dysfunktion) zur Erklärung von Autismus-Spektrum-Störungen.

Tebartz van Elst, L. (2018). Autismus und ADHS: Zwischen Normvariante, Persönlichkeitsstörung und neuropsychiatrischer Krankheit. Stuttgart. Kohlhammer.

Bei den **Exekutiven Funktionen** handelt es sich um neurokognitiv (neuronal) generierte und komplexe Funktionen, denen man die zentrale und komplexe Verhaltenssteuerung eines Menschen zuschreibt. Dazu zählen:

- die kognitive Flexibilität in der Handlungsplanung (planvolles antizipierendes Handeln),

verbunden damit:

- das Reizmanagement mit Inhibition (Unterdrückungsfähigkeit) von Reizen und „Switching“ (Reizwechsel),
- die Emotions- und Motivationsregulation (Inhibitionsleistung der Bedürfnissteuerung, die bei Beeinträchtigungen zu einem Mangel an Bedürfnisaufschub führt, ... es muss sofort sein).

Exekutive Funktionen betreffen insofern die komplexe Selbst- und Handlungsplanung, die Steuerung des eigenen Verhaltens:

- in sozialen Situationen,
- aber auch in Situationen von Lern- und Leistungsanforderungen.

Die Fähigkeiten, angemessene Verhaltensstrategien unter Berücksichtigung komplexer Verhaltenssequenzen (das Denken und Handeln in Zwischenschritten) entwickeln zu können, ist beeinträchtigt.

Ein Mangel an Selbst- und Handlungsorganisation, eine Beeinträchtigung der Exekutiven Funktionen, demzufolge eine Exekutive Dysfunktion, kann sich vor allem mit Blick auf die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im schulischen Kontext auf:

- Lernprozesse (Desorganisation: Wie lerne ich?),
- zeitliche Rahmenbedingungen (Verlangsamung bei Leistungserbringung),
- schulische Alltagsanforderungen (Desorganisation: Wo muss ich hin, was muss ich tun?),
- situative Handlungssteuerung (Impulsivität)

auswirken.

3.

Für alle mentalen Leistungen, insbesondere auch die der Exekutiven Funktionen, ist die **Aufmerksamkeit**,

- deren neuronale Bereitstellung (Alertness),
- das Aufmerksamkeits- oder Reizmanagement (selektive und geteilte Aufmerksamkeit zum Beispiel),

eine wichtige Voraussetzung.

Während „Alertness“ (die neuronale Aufmerksamkeitsbereitstellung) eher in Stammhirnregionen generiert wird, ist für die bewusste Steuerung des Selbst und des Handelns (das Bewusstseinsystem) das Frontalhirn von „kritischer Bedeutung“.

Die Dysexekutive Hypothese zur Autismus-Spektrum-Störung wird auch als „Frontalhirnhypothese des Autismus“ begriffen.

Tebartz van Elst, L. (2018). Autismus und ADHS: Zwischen Normvariante, Persönlichkeitsstörung und neuropsychiatrischer Krankheit. Stuttgart. Kohlhammer.

In Weiterführung der Dysexekutiven Hypothese, als Beeinträchtigung der bewussten Informationsverarbeitung für die Handlungssteuerung (-planung) ist ergänzend die „Predictiv Coding“-Theorie der Autismus-Spektrum-Störung zu nennen.

Rössler, H.H. (2019). Neue Autismus-Theorien. Bedarf es noch des Schizoidie-Konzeptes. In: G. Damman & O. Kernberg (Hrsg.). Schizoidie und schizoide Persönlichkeitsstörung. Stuttgart. Kohlhammer.

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung kann in Kombination mit einer Autismus-Spektrum-Störung lediglich die „Spitze des Eisberges“ sein, die auf eine gemeinsame komplexere Exekutive Dysfunktion hinweist.

4.

### **Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung**

- Festzustellen ist grundlegend: Nicht bei jedem Kind/Jugendlichen tritt eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung gemeinsam mit Phänomenen einer Autismus-Spektrum-Störung auf.

Insbesondere bei der „umschriebenen Form“ der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung vom **Unaufmerksamen Typus** (hinlänglich als ADS bezeichnet), bei dem „nur“ die Aufmerksamkeitsüberforderung dominiert, ist die Komorbidität mit einer Autismus-Spektrum-Störung in der Auftrittswahrscheinlichkeit geringer, nicht aber ausschließbar.

Hier wird eine mögliche Komorbidität in der Entwicklung hochwahrscheinlich eher später oder eher nicht erkannt, da keine „Verhaltensauffälligkeiten“, kein störendes Verhalten die komplexere neuronale Problemlage anzeigt.

Relational häufiger als bei einer ADS ist die Koinzidenz zwischen Autismus-Spektrum-Störung und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung beim sogenannten **Mischtypus** (ADHS). Bei diesem Typus korrespondiert die Unaufmerksamkeit mit Verhaltensbesonderheiten der Hyperaktivität und Impulsivität.

Beim **Typus der hyperkinetischen Störung im Sozialverhalten** dominieren „lediglich“ Hyperaktivität und Impulsivität.

Bei den beiden letztgenannten Typen kommt es in Situationen neuronaler Überforderung (Reizüberflutung) ob des bewussten neuronalen Steuerungsmangels demnach zur Beeinträchtigung der bewussten Verhaltenssteuerung bis zur Steuerungsunfähigkeit, einer Art komplexen „Verhaltenszerfalls“.

Meist sind sich die betroffenen Kinder und Jugendlichen erst hinterher, also nach einer „impulsiven Entladung“, ihres Handelns bewusst, sie sind über ihr Verhalten „erschrocken“ und es „tut ihnen leid“. Zu einem Lerngewinn (einer prospektiven Verhaltensänderung) kommt es aber ob der neuronalen Verursachung auch weiterhin nicht.

Es muss sich bei einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, um von einer klinisch relevanten Störung auszugehen, in der Regel um:

- damit verbundene Auffälligkeiten in den benannten Bereichen (Unaufmerksamkeit oder/und Hyperaktivität und Impulsivität) handeln,
- welche bereits vor dem 12. Lebensjahr aufgetreten sind und
- sowohl in der Schule als auch in anderen Lebensbereichen (zu Hause, Freundeskreis u.a.) zu erheblichen Beeinträchtigungen führen,
- das heißt, es müssen Symptome vorhanden sein, die sich störend (erheblich entwicklungsbeeinflussend) auf die Qualität des sozialen, schulischen (oder später dann beruflichen) Funktionsniveaus auswirken,

handeln.

Um eine entsprechende klinische Diagnose zu stellen, müssen zudem eine fachlich zu beurteilende Mindestzahl von Symptomen in den jeweiligen Bereichen nachweisbar sein.

Zudem muss es sich um ein durchgängiges (relativ zeit- und umweltstabiles) Abweichungsmuster handeln, das in zu definierender Schwere der Funktionsbeeinträchtigung nachweisbar sein muss (leicht, mittel, schwer) und wenigstens die letzten sechs Monate beständig vorhanden gewesen sein muss.

Weiterhin müssen andere Ursachen für diese Funktionsbeeinträchtigungen ausgeschlossen werden, zum Beispiel emotionale Störungen u.ä.

Die Phänomene (Symptome) der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung sind in jedem Bereich umfangreich und sollen an dieser Stelle nicht in Gänze benannt werden, insofern hier nur beispielhaft beschrieben werden.

Symptombereiche der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (DSM-5®, S. 77/78 der Ausgabe 2018):

Unaufmerksamkeit

- Schwierigkeiten, bei Anforderungen (zum Beispiel schulischer Art) über längere Zeit die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten, konzentriert zu bleiben
- Aufgabenstellungen (in der Regel Arbeit unter Zeitdruck) in der vorgegebenen Zeit zu schaffen
- leichte Ablenkbarkeit von anderen (äußeren) Reizen
- Vergesslichkeit bei Alltagstätigkeiten
- Beeinträchtigung bei der Beachtung von Einzelheiten oder „Flüchtigkeitsfehler“
- Schwierigkeiten, Anforderungen (Aufgaben, Aktivitäten) selbst zu organisieren
- Nicht- oder widerwillige Ausführung von Anweisungen durch andere bis hin zur Vermeidung von Anforderungen

- Schussligkeit, das heißt zum Beispiel Verlieren von Gegenständen / Nichtbeachten von Aufgabenstellungen

### Hyperaktivität und Impulsivität

- Zappeligkeit und motorische Unruhe, Nervosität
- Herumlaufen, wenn man sitzen bleiben soll
- exzessive (auslebende) Handlungen (oft ohne Risikoeinschätzung)
- Übermäßiges Reden (Logorrhoe), verbales „Herausplatzen“
- impulsives Nicht-abwarten-Können
- Unterbrechen und Stören anderer (oder des Unterrichts)
- Verhalten häufig wie „auf dem Sprung“

### ergänzende Bemerkungen

- eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist keine Intelligenzstörung, wirkt sich aber in der Regel erheblich auf die schulischen Leistungen (bewertet mit Noten) aus.
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung assoziiert überzufällig häufig mit einem frühen Beginn von Selbstwertzweifeln (bereits in der Grundschulzeit) bis hin zu späteren (durchaus noch in der Schulzeit auftretenden) Selbstwertstörungen.
- Häufiger bei einer ADS, aber nicht ausschließbar auch bei der ADHS, treten komorbid überzufällig häufig eher internalisierende Störungen auf:
  - Ängste, affektive Störungen (Depression), psychosomatische Reaktionen (Bauchschmerz, Kopfschmerz o.ä.).
- Der Mischtypus und der Typus mit hyperkinetischer Störung im Sozialverhalten dominieren eher durch externalisierende Verhaltensstörungen:
  - expansives, oppositionelles, aggressives, herausforderndes Verhalten, insofern Disziplinlosigkeit, Respektlosigkeit, Trotzigkeit, Widerstand o.ä., allgemein „der Normbruch“ im Vordergrund steht.

5.

### **Autismus-Spektrum-Störungen**

a.

Zur für sich genommenen umfangreichen Thematik der Autismus-Spektrum-Störung wird auf die entsprechenden Darstellungen in der Infothek auf der Praxis-Homepage verwiesen:

[www.psychotherapie-hofmann.com](http://www.psychotherapie-hofmann.com) / Infothek / Autismus-Spektrum-Störung, was ist das?

Die Reduktion von „Autismus“ auf die beiden bekannten Kategorien Asperger-Syndrom und Frühkindlicher Autismus (Kanner-Autismus) basiert auf den beiden „Namensvätern“, welche ca. in den 30er- bis 40er-Jahren des vorigen Jahrhunderts beginnend dieses Feld beforschten und den folgenden wissenschaftlichen Stand der 60er- bis 80er-Jahren des vorigen Jahrhunderts vorwiegend bestimmten.

Der in der ICD-10 zusätzlich klassifikatorisch verortete „Atypische Autismus“ ist problematisch, denn auch dieser folgt einer umschriebenen kategorialen Sichtweise und ist nach neuer wissenschaftlicher Kenntnislage nur noch schwer zu vermitteln, da sich die Frage stellt, was demgegenüber einen „typischen Autismus“ auszeichnet. Diese Kategorie war/ist das „Sammelbecken“ für alle unbestimmbaren, nicht exakt klassifizierbaren Varianten autistischen Seins.

b.

Die **ICD-9** wurde in der Bundesrepublik und in der ehemaligen DDR jeweils in einer eigenen Ausgabe 1978 als Grundlage der Mortalitätsstatistik eingeführt und folgte der Revision aus dem Jahr 1975. Auf Seite 299 der DDR-Ausgabe...

Internationale Klassifikation der Krankheiten. Ministerium für Gesundheitswesen der DDR (Hrsg.).

... wurde unter dem Schlüssel 299.0 der Infantile Autismus klassifiziert. Gemeint war der Autismus nach Leo Kanner (1943), der dann in der ICD-10 als Frühkindlicher Autismus klassifiziert wurde.

Folgt man den Recherchen (Kumbier, E. et al., 2010), so wurde das Asperger-Syndrom international erst durch einen Aufsatz von Lorna Wing (1981) bekannt. Diese änderte auch die Bezeichnung von „Autistischen Psychopathen“ nach Hans Asperger (1944) in „Asperger-Syndrom“.

Kumbier, E. Domes, G., Herberitz-Dahlmann, B. & Herbert, S.C. I. (2010). Autismus und autistische Störungen. Historische Entwicklung und aktuelle Aspekte. Der Nervenarzt, 1, 55-65.

Wing, L. (1981). Asperger's syndrom: a clinical account. Psychol Med 11, 115-129.

Die **ICD-10** als die 10. Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO trat 1994 in Kraft. Hier wurden dann unter **tief greifenden Entwicklungsstörungen** (F 84) drei Kategorien

- Frühkindlicher Autismus (F 84.0),
- Atypischer Autismus (F84.1),
- Asperger-Syndrom (F 84.5),

mit relational klar definierten Kriterien bestimmt.

c.

Danach, im Zeitraum Ende der 90er und ab Beginn der 2000er Jahre, entwickelte sich die Perspektive auf „das Autistische“ auf verschiedensten Ebenen im Grunde rasant:

- Selbsthilfeströmungen (zum Beispiel ASPIES), welche „Autismus“ nicht als Krankheit sondern als spezifische Lebensvarianten verstehen;

- Entwicklung vielfältiger diagnostischer Testsysteme ca. um 2005 und folgende Jahre, die u.a. zum „Goldstandard der Autismus-Diagnostik“ führten, insofern die Feststellung des Autismus nicht mehr nur durch Beobachtung, lebensgeschichtlicher Entwicklungsanalyse (u.a. auch Fremdbeurteilungen) und einem diagnostischen „Bauchgefühl“ (einem persönlichen Glaubensbekenntnis der Diagnostiker) möglich ist;
- Fortschritte in der Hirnforschung durch bildgebende Verfahren, die insbesondere die neuronale Verursachung des Autismus nachweisen konnten.

Mit diesen Veränderungen entwickelte sich auch eine völlig andere Sichtweise auf „das Autistische“, jenseits der kategorialen Festschreibung nach ICD-10 hin zum Konstrukt des Autistischen-Spektrums und der damit verbundenen Autismus-Spektrum-Störung als Kontinuum (DSM-5®, ICD-11).

Es werden verschiedenste individuelle Varianten des Denkens, von Wahrnehmungs- und Verhaltensweisen von Menschen im Autistisches-Spektrum festgestellt, was auch dazu führt, dass die Diagnosehäufigkeit stieg, nicht weil (im Mainstream) plötzlich „alle Autisten sind“, sondern weil die Feststellung im Variationsreichtum objektiver erfolgen kann.

d.

**Jeder „Autist“ lebt in seiner hoch individuellen Form des Autistischen Spektrums**, was auch meint:

- Menschen aus dem Autismusspektrum sind nicht per se „gestört“.

Riedel, Andreas; Clausen, Jens Jürgen. (2020). Autismus-Spektrum-Störungen bei Erwachsenen. Psychiatrie-Verlag. (German Edition). Kindle-Version. S. 35.

- In der jüngeren Literatur wird eine mildere und im klinischen Sinne subsyndromale Variante des Autismus zunehmend unter dem Begriff des „broader autism phenotype“ beforscht. Gemeint ist damit ein autistisches Syndrom, welches qualitativ den autistischen Eigenschaften entspricht, im Hinblick auf den Schweregrad aber die Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung nicht rechtfertigt.

Tebartz van Elst, Ludger. (2018). Autismus und ADHS: Zwischen Normvariante, Persönlichkeitsstörung und neuropsychiatrischer Krankheit (German Edition). Kohlhammer Verlag. Kindle-Version.

Das Konstrukt der Autismus-Spektrum-Störung nach DSM-5® und ICD-11, das autistische Kontinuum vielfältiger individueller Varianten, erschwert allerdings auch die Feststellung klarer, vor allem sozialrechtlicher und medizinischer „Regeln“, wonach festgestellt werden kann, ab welchem qualitativen und quantitativen Ausmaß und zu welchem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt, das Denken, Erleben, Fühlen und Handeln im Autistischen-Spektrum zu „berechtigten“ sozialen Teilhabeansprüchen (Sozialrecht) und Behandlungsansprüchen führt (Medizinrecht).

[www.psychotherapie-hofmann.com](http://www.psychotherapie-hofmann.com) / Infothek / Autistisches-Spektrum und Autismus-Spektrum-Störung – sozialrechtlich relevante Anpassungsschwierigkeiten und eine entwicklungspsychologische Perspektive von „Anpassungsstörungen“

e.

Auch wenn die ICD-11, in welcher der DSM-5® (S. 64 ff der Ausgabe von 2018) folgend, das Paradigma der **Autismus-Spektrum-Störung** klassifikatorisch in Kraft treten wird, ist davon auszugehen, dass der seit 1994 bekannte kategoriale Stereotyp „Was denn Autismus ist?“, die Vorstellung von Laien, Medizinern und Psychotherapeuten noch lange beherrschen wird.

6.

### **Klassifikation der Autismus-Spektrum-Störung nach ICD-11**

06 – Mentale-, Verhaltens- oder Neuronale Entwicklungsstörungen/ 6A02 Autismus-Spektrum-Störung

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/437815624>

Wesentliche Funktionsbesonderheiten:

- **Anhaltende Defizite bei der Initiierung und Aufrechterhaltung sozialer Kommunikation und wechselseitiger sozialer Interaktionen, die außerhalb des erwarteten Bereichs des typischen Funktionierens liegen, wenn man das Alter und das Niveau der intellektuellen Entwicklung der Person berücksichtigt. Spezifische Manifestationen dieser Defizite variieren je nach chronologischem Alter, verbalen und intellektuellen Fähigkeiten und Schweregrad der Störung. Manifestationen können folgende Einschränkungen beinhalten:**
  - Verständnis für, Interesse an- oder unangemessene Reaktionen auf die verbale oder nonverbale soziale Kommunikation anderer.
  - Integration der gesprochenen Sprache mit typischen komplementären nonverbalen Hinweisen wie Augenkontakt, Gestik, Mimik und Körpersprache. Diese nonverbalen Verhaltensweisen können auch in Häufigkeit oder Intensität reduziert werden.
  - Verstehen und Gebrauch von Sprache in sozialen Kontexten und Fähigkeit, gegenseitige soziale Gespräche zu initiieren und aufrechtzuerhalten.
  - Soziales Bewusstsein, das zu einem Verhalten führt, das dem sozialen Kontext nicht angemessen angepasst ist.
  - Fähigkeit, sich die Gefühle, emotionalen Zustände und Einstellungen anderer vorzustellen und darauf zu reagieren.
  - Gegenseitiges Teilen von Interessen.

- Fähigkeit, typische Beziehungen mit gleichaltrigen aufzubauen und aufrechtzuerhalten.
- **Anhaltend eingeschränkte, sich wiederholende und unflexible Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten, die für das Alter und den soziokulturellen Kontext der Person eindeutig untypisch oder übertrieben sind. Dazu können gehören:**
  - Mangelnde Anpassungsfähigkeit an neue Erfahrungen und Umstände mit damit verbundenem Leid, das durch triviale Veränderungen einer vertrauten Umgebung oder als Reaktion auf unvorhergesehene Ereignisse hervorgerufen werden kann.
  - Unflexibles Festhalten an bestimmten Routinen; Diese können beispielsweise geografisch sein, wie z. B. das Folgen vertrauter Routen, oder ein genaues Timing erfordern, z. B. Essenszeiten oder Transport.
  - Übermäßige Einhaltung von Regeln (z. B. beim Spielen).
  - Exzessive und hartnäckige ritualisierte Verhaltensmuster (z. B. Beschäftigung mit dem Anordnen oder Sortieren von Objekten auf eine bestimmte Art und Weise), die keinem offensichtlichen externen Zweck dienen.
  - Wiederholte und stereotype motorische Bewegungen, wie Ganzkörperbewegungen (z. B. Schaukeln), atypische Gangart (z. B. Gehen auf Zehenspitzen), ungewöhnliche Hand- oder Fingerbewegungen und Haltungen. Diese Verhaltensweisen treten besonders häufig in der frühen Kindheit auf.
  - Anhaltende Beschäftigung mit einem oder mehreren besonderen Interessen, Teilen von Objekten oder bestimmten Arten von Reizen (einschließlich Medien) oder eine ungewöhnlich starke Bindung an bestimmte Objekte (mit Ausnahme typischer Bettdecken).
  - Lebenslange übermäßige und anhaltende Überempfindlichkeit oder Unterempfindlichkeit gegenüber Sinnesreizen oder ungewöhnliches Interesse an einem Sinnesreiz, der tatsächliche oder erwartete Geräusche, Licht, Texturen (insbesondere Kleidung und Lebensmittel), Gerüche und Geschmäcker, Hitze, Kälte oder Schmerz umfassen kann.

7.

### Komorbidität – Zusammenwirken zweier Störungen

Das individuelle „Mischungsverhältnis“

- von Phänomenen jeder Störung für sich genommen
- von Phänomenen in Wechselwirkung

kann in unterschiedlichster Art und Weise variieren.

Kernmerkmale der Autismus-Spektrum-Störung sind im sozialen Bereich zu finden, die der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (vor allem unter schulischen Anforderungen) vorwiegend im Leistungsbereich.

Im „Mischungsverständnis“ beider Störungen können demzufolge individuelle Phänomene der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung oder der Autismus-Spektrum-Störung primär auffallen, also im Vordergrund stehen und die Phänomene der anderen Störung „auf dem ersten Blick überdecken“.

Auch können sich Wichtungen im biographischen Verlauf eines Menschen ändern, so dass in unterschiedlichen Entwicklungsfenstern (Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter) Störungsbereiche verschieden stark das soziale Anpassungsverhalten und/oder das Anpassungsverhalten im Leistungsbereich beeinflussen können.

Beide Störungen, da neuronal verankert, beginnen typischerweise in der frühen Kindheit, aber charakteristische Symptome können sich möglicherweise erst später vollständig manifestieren, wenn die sozialen Anforderungen die begrenzten Fähigkeiten überschreiten.

[www.psychotherapie-hofmann.com](http://www.psychotherapie-hofmann.com) / Infothek / Autistisches-Spektrum und Autismus-Spektrum-Störung – sozialrechtlich relevante Anpassungsschwierigkeiten und eine entwicklungspsychologische Perspektive von „Anpassungsstörungen“

Die Symptome beider Störungen führen gegebenenfalls, für sich genommen oder/und in Kombination, zu erheblichen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Einige Personen sind in der Lage (auch durch Stärken, die mit den beiden Störungen in Verbindung stehen können, meist hat das allgemeine Intelligenzniveau darauf erhebliche Auswirkungen), in vielen Zusammenhängen durch außergewöhnliche Anstrengungen „angemessen zu funktionieren“, so dass ihre Defizite für andere möglicherweise nicht erkennbar sind.

8.

Die klassifikatorische Vorteil der ICD-11 ist es, dass die Identifizierung gleichzeitig auftretender Einschränkungen der intellektuellen und funktionalen Sprachfähigkeiten anders gehandhabt wird als in der ICD-10. Über diese erfolgte in der ICD-10 die kategoriale Trennung zwischen Frühkindlicher Autismus und Asperger-Syndrom.

In der Praxis zeigen sich im Verständnis eines Kontinuums des Autistisches-Spektrum/der Autismus-Spektrum-Störung auch in diesen Bereichen so viele Variationen, vor allem in den individuellen Entwicklungsverläufen, die eine derartige Trennung in den meisten Fällen ad absurdum legen.

Vor allem Profile spezifischer kognitiver Fähigkeiten bei Autismus-Spektrum-Störungen, gemessen durch standardisierte Bewertungen, können auffällige und ungewöhnliche Muster von Stärken und Schwächen aufweisen, die von Person zu Person sehr unterschiedlich sind.

Diese Defizite können das Lernen und die Anpassungsfähigkeit in einem größeren Ausmaß beeinträchtigen, als es aus den Gesamtwerten für Messungen der verbalen und nonverbalen Intelligenz vorhergesagt werden würde.

9.

Eine Autismus-Spektrum-Störung kann in Verbindung mit medizinischen Krankheiten (zum Beispiel Epilepsien) oder genetischen Krankheitsfaktoren auftreten.

Hier wurde bisher ersatzweise die Begrifflichkeit des „sekundären Autismus“ verwendet (gegenüber dem „angeborenen“ oder in der Regel ursächlich unklar bedingten idiopathischen oder primären Autismus).

Tebartz van Elst, L. (2018). Autismus und ADHS: Zwischen Normvariante, Persönlichkeitsstörung und neuropsychiatrischer Krankheit. Stuttgart. Kohlhammer.

Nach ICD-9 und ICD-10 wurde „Autismus“ bisher ausschließlich als idiopathische Form definiert. Auch das wird in der ICD-11 „aufgelöst“:

Einige junge Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung, insbesondere solche mit einer gleichzeitig auftretenden Störung der intellektuellen Entwicklung, entwickeln Epilepsie oder Krampfanfälle in der frühen Kindheit mit einem zweiten Anstieg der Prävalenz während der Adoleszenz. Katatonische Zustände wurden ebenfalls beschrieben. Eine Reihe von medizinischen Erkrankungen wie Tuberöse Sklerose, Chromosomenanomalien einschließlich Fragiles-X-Syndrom, Zerebralparese, früh einsetzende epileptische Enzephalopathien und Neurofibromatose sind mit Autismus-Spektrum-Störungen mit oder ohne gleichzeitig auftretende Störung der intellektuellen Entwicklung verbunden.

Genomische Deletionen, Duplikationen und andere genetische Anomalien werden zunehmend bei Personen mit Autismus-Spektrum-Störung beschrieben, von denen einige für die genetische Beratung wichtig sein können. Die pränatale Exposition gegenüber Valproat ist auch mit einem erhöhten Risiko für Autismus-Spektrum-Störungen verbunden.

10.

Überzufällig häufig ist das „autistische“ Wahrnehmen, Denken und Verhalten auch, egal ob offensiv oder defensiv, in Kombination mit dem Pathological Demand Avoidance Syndrome (PDAS), einem Anforderungs-Vermeidungsverhalten assoziiert (nach ICD-10, F84.8). Dies führt schlussendlich häufig zum Beispiel zu Schulabsentismus.

[www.psychotherapie-hofmann.com](http://www.psychotherapie-hofmann.com) / Infothek / Pathological Demand Avoidance Syndrom (PDAS)

11.

Der Forschungsschwerpunkt für die Autismus-Spektrum-Störung ist bisher eher auf das Kindes- und Jugendalter und auf das männliche Geschlecht ausgerichtet gewesen. Auch die Formulierungen der ICD-11 legen dieses Herangehen noch nahe.

Forschungserkenntnisse zu Varianten der Autismus-Spektrum-Störung im Erwachsenenalter sind derzeit eher „spärlich“ und haben negative Folgen vor allem für Menschen, bei denen die Autismus-Spektrum-Störung erst im Übergang in das Erwachsenenalter hinein auftritt und möglicherweise diagnostiziert wird.

Gerade für Menschen mit hochfunktionalem ASS stellt die Schule nach klinischer Erfahrung aber auch einen stabilisierenden Faktor dar. Denn sie ist geprägt durch Routinen und eine ausgesprochene Regelmäßigkeit und Berechenbarkeit der alltäglichen Abläufe.

L. Tebartz v. Elst (2016). (Hrsg). Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. (German Edition). Kindle-Version. S.30.

Schulische Strukturen (Ort, Zeit, Personen, konkrete Anforderungen im Stundenplan) sind demzufolge für die Autismus-Spektrum-Störung von förderlicher Bedeutung, insbesondere für die Beeinträchtigungen aus der Exekutiven Dysfunktion.

Der Entwicklungsübergang aber, egal ob ins Berufs- oder Studienleben, löst diese Routinen und Ordnungen auf, was zu „Systemüberlastungen“ und in Folge zu erheblichen Anpassungsschwierigkeiten führt, die bei einigen Menschen zu einem absoluten Bruch der Lebensleitlinie führen... sie kommen nicht ins (Erwachsenen-) Leben, dann ist im allgemeinen Verständnis von einer Anpassungsstörung zu sprechen.

Die im Zeitraster der Ratifizierung der ICD-10 1994 geborene Menschen, sind jetzt (Stand September 2022) ca. um die 28 Jahre alt. Insofern ab ca. 2012 (diese Menschen da 18 Jahre) mit einem hohen Maß an diagnostischer Unsicherheit der Autismus-Spektrum-Störung im Erwachsenenalter (bei Neudiagnosen) zu rechnen ist.

12.

Ebenso verhält es sich mit geschlechtsspezifischen Erkenntnissen der Autismus-Spektrum-Störung. In der Geschlechtsverteilung geht man nach neueren Ergebnissen von einem Verhältnis von 2 - 3:1 zugunsten des männlichen Geschlechts, unabhängig von der kognitiven Leistungsfähigkeit, aus. In früheren Untersuchungen Anfang der 2000er-Jahre und davor nahm man noch ein Verhältnis von 5:1 bzw. 4:1 an.

Im Grunde besteht derzeit kein empirisch gesichertes Wissen über Phänomene der Autismus-Spektrum-Störung bei Mädchen und schon gar nicht bei erwachsenen Frauen.

Insofern auch die vorliegenden diagnostischen Verfahren zur Autismus-Spektrum-Störung in ihrer Aussagekraft eingeschränkt sind, wenn es sich um die Differenzierung einer Autismus-Spektrum-Störung bei weiblichen Betroffenen (unabhängig vom Alter) und vor allem bei Erwachsenen handelt.

Tebarzt van Elst, L. (2009). Die hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störung im Erwachsenenalter-Symptomatik und Klassifikation. In: Tebarzt van Elst, L. (Hrsg.) Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter: und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. (German Edition). Kindle-Version. S. 27-35.

Dziobek, I. & Stoll, S. (2019). Hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen. Stuttgart. Kohlhammer.

Ergänzend:

Analog verhält es sich bei Transsexualismus und Autismus-Spektrum-Störung, für die nach aktuellen Studien von einem erhöhten gemeinsamen Auftreten (bis zu 5%) ausgegangen wird.

Herrmann, L. et al. (2012). Autismus-Spektrum-Störung in einer Spezialsprechstunde für Geschlechtsdysphorie: Wie häufig kommt eine Doppeldiagnose vor und was bedeutet die gemeinsame Prävalenz für die Behandlung? Zeitschrift. für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Jg. 49, 4, 259-271.

## **weitere Literatur**

Theunissen, G. & Sargrausen, M. (2019). Pädagogik bei Autismus-Eine Einführung. Stuttgart. Kohlhammer.

Kubesch, S. (2016). (Hrsg.). Exekutive Funktionen und Selbstregulation-Neurowissenschaftliche Grundlagen und Transfer in die pädagogische Praxis. Bern. Hogrefe.