

Kinder und Jugendliche mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen in Verbindung mit einer Autismus-Spektrum-Störung

- 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 Kenntniserhebung 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.

(Rommelse, N.N. et al. 2010; Rutter, M. & Thapar, A. 2014; Hofvander, B. et al. 2009)

Diese „Überschneidungen“ kommen nicht von ungefähr.

Insbesondere weil beide Störungen zuvorderst neurokognitive Wurzeln haben, sind vor allem mentale Prozesse betroffen, welche die Qualität und Quantität neuronaler Informationsverarbeitung (Wahrnehmung und Reizverarbeitung im weitesten Sinne) beinhalten. Insofern sind hochwahrscheinlich neurobiologisch (auch neuroanatomisch) basierte Beeinträchtigungen 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“ ist dies hochwahrscheinlich für die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, da diese in ihren Varianten nach ICD-10 seit 1998 unter Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend klassifiziert wurden.

In der DSM-5® werden beide den Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung zugeordnet, was erwarten lässt, dass dies ähnlich auch in die ICD-11 übernommen wird und in dieser Klassifikation auch die Komorbidität (das gleichzeitige Vorhandensein) beider Störungen aufgenommen wird.

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),
- 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,

zusammengefasst: angemessene Verhaltensstrategien unter Berücksichtigung komplexer Verhaltenssequenzen (Zwischenschritte) entwickeln zu können.

Ein Mangel an Selbst- und Handlungsorganisation, eine Beeinträchtigung der Exekutiven Funktionen, demzufolge eine Exekutive Dysfunktion, kann sich auch 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.

Für alle mentalen Leistungen, insbesondere 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 komplexere Exekutive Dysfunktion hinweist.

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 abschließbar.

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.

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.

Autismus-Spektrum-Störungen

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 / 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 bestimmten.

Gegenüber der ICD-9, in der man lediglich den „infantilen Autismus“ kategorisierte, ist die Klassifikation der ICD-10 aus dem Jahr 1998 mit dem Frühkindlichen Autismus und dem Asperger-Syndrom aber bereits ein Fortschritt, folgte aber diesem „veralteten“ im Grunde auf diese zwei Kategorien reduzierten Wissenstand.

Auch 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 das „Sammelbecken“ für alle unbestimmbaren, nicht exakt klassifizierbaren Varianten autistischen Seins.

Auch wenn die ICD-11, in welcher der DSM-5® (S. 64 ff der Ausgabe von 2018) folgend das Paradigma der **Autismus-Spektrum-Störung** in Kraft treten wird, ist davon auszugehen, dass der kategoriale Stereotyp die Vorstellung, was denn Autismus ist, noch lange beherrschen wird.

Auch in der DSM-5® ist eine Art „Sammelbecken“ für schwer bestimmbare Varianten autistischen Seins beinhaltet, insofern lediglich deutliche Defizite in der Kommunikation, bei sonstigem Fehlen anderer autistischen Beeinträchtigungsbereichen, zur Codierung der Sozialen (pragmatischen) Kommunikationsstörungen (DSM-5®, S. 61 und 65 der Ausgabe von 2018) führen.

Die Vorstellung eines **Autistischen-Spektrums** (eines Kontinuums von individuellen Varianten und Schweregraden der Phänomene des Autistischen-Spektrums) basiert im Grunde auf moderneren neurobiologischen Forschungserkenntnissen, welche im Ansatz insbesondere durch bildgebende Methoden möglich waren.

Das Vorliegen eines Autistischen-Spektrums kann, muss aber nicht, eine Störung sein.

Zur Störung, insofern zu einer Krankheitszuschreibung (sozialgesetzlich Behinderung), kommt es, wenn die Besonderheiten des Autistischen-Spektrums (Übersicht nach DSM-5®, S. 64-65 der Ausgabe 2018):

A. in der „Sozialen Kommunikation“

Anhaltende Defizite in der sozialen Kommunikation und der sozialen Interaktion über verschiedene Kontexte (Lebensbereiche) hinweg. Diese manifestieren sich in allen folgenden aktuell oder in der Vergangenheit erfüllten Merkmalen (die Beispiele sind erläuternd nicht vollständig):

- Qualitative Beeinträchtigungen der gegenseitigen sozialen Interaktion

(1)

- Beeinträchtigung oder Fehlen situationsadäquat-wechselseitiger Konversation
- verminderter Austausch von Interessen, Gefühlen, Affekten (es fehlt das „sittliche Gespür“) bis hin zum Unvermögen, auf soziale Interaktion zu reagieren

(2)

- Defizite in der Aufnahme, Aufrechterhaltung und Verständnis von Beziehungen ...
- ... diese reichen zum Beispiel von Schwierigkeiten, das eigene Verhalten an verschiedene soziale Kontexte anzupassen, ...
- ... über Schwierigkeiten, sich in Rollenspielen auszutauschen oder Freundschaften zu schließen, bis hin zum vollständigen Fehlen von Interessen an Gleichaltrigen.

- Qualitative Beeinträchtigungen der Kommunikation und Sprache

(3)

- Defizite im nonverbalen Kommunikationsverhalten, das in sozialen Interaktionen eingesetzt wird ...

- ..., diese reichen zum Beispiel von einer schlecht aufeinander abgestimmten verbalen und nonverbalen Kommunikation bis zu abnormen Blickkontakten und abnormer Körpersprache ...
- ... oder von Defiziten im Verständnis und Gebrauch von Gestik, bis hin zu einem vollständigen Fehlen von Mimik und nonverbaler Kommunikation.

B. bei „restriktiven, repetitiven Verhaltensweisen“

Eingeschränkte, repetitive (sich wiederholende) Verhaltensmuster, Interessen, Aktivitäten, die sich in mindestens zwei der folgenden aktuell oder in der Vergangenheit erfüllten Merkmalen manifestieren (die Beispiele dienen der Erläuterung und sind nicht vollständig):

(1)

- stereotype (immer gleiche) oder repetitive (sich wiederholende) motorische Bewegungsabläufe
- stereotyper und repetitiver Gebrauch von Objekten oder von Sprache (zum Beispiel einfache motorische Stereotypen, Aufreihen von Spielzeug oder das Hin- und Herbewegen von Objekten, Echolalien, idiosynkratischer Sprachgebrauch)

(2)

- Festhalten an Gleichbleibendem, unflexibles Festhalten, Routinen ...
- ... oder an ritualisierten Mustern verbalen und nonverbalen Verhaltens (zum Beispiel extremes Unbehagen bei kleinen Veränderungen, Schwierigkeiten bei Übergängen, rigide Denkmuster oder Begrüßungsrituale, Bedürfnis, täglich den gleichen Weg zu gehen oder das gleiche Essen zu sich zu nehmen)

(3)

- hochgradig begrenzte, fixierte Interessen, die in ihrer Intensität oder ihrem Inhalt abnorm sind (zum Beispiel starke Bindung an oder Beschäftigung mit ungewöhnlichen Objekten, extrem umschriebene oder perseverierende Interessen)

(4)

- Hyper- oder Hyporeaktion auf sensorische Reize, oder ...
- ... ungewöhnliches Interesse an Umweltreizen (scheinbare Gleichgültigkeit gegenüber Schmerz/Temperatur, ablehnende Reaktion auf spezifische Geräusche, Strukturen oder Oberflächen, exzessives Beriechen oder Berühren von Objekten, visuelle Faszination für Licht oder Bewegungen)

nach neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen (nicht in der DSM-5® verankert) zusätzlich die bereits oben benannte

- Exekutive Dysfunktion

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

zu sozialen **Anpassungsstörungen** führen und sich so im psychiatrischen Verständnis als **Autistisches Syndrom** darstellen.

Jeder Funktionsbereich des Autistischen Syndroms kann individuell qualitativ und quantitativ variieren (Schweregrad auf einem Kontinuum, nach DSM-5®, S. 67 der Ausgabe 2018) und sich situativ und/oder im individuellen Entwicklungsverlauf verändern.

Die Begrifflichkeit „Anpassungsstörungen“ ist dahingehend „verfänglich“, da dieser Begriff in der ICD-10 klassifikatorisch den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen zugeordnet wird, macht jedoch Sinn, wenn man ihn (a) in Bezug zu sozialgesetzlichen Definitionen bringt (zum Beispiel Versorgungsmedizinverordnung, Regelung des Grades der Behinderung, GdB) und (b) zwangsläufig in einem entwicklungspsychologischen Kontext betrachtet. Auch hier wird auf die Infothek der Praxis-Homepage verwiesen:

www.psychotherapie-hofmann.com / Infothek / Autismus und Anpassung.

Zu autistischen Anpassungsstörungen (der Autismus-Spektrum-Störung) kann es zu jedem Zeitpunkt der Entwicklung eines Individuums im Autistischen-Spektrum kommen, immer dann, wenn (soziale) Anforderungen die individuellen Entwicklungskompetenzen übersteigen (überfordernd).

Insofern ist eine Anpassungsstörung maßgeblich auch von den konkreten sozialen Anforderungen beeinflusst, ausgehend davon, dass das neuronal verankerte autistische System in der Regel seit der Geburt oder einer medizinischen Erkrankung vorliegt (siehe ergänzende Bemerkungen weiter unten).

In späteren Lebensphasen (beginnend oft in der mittleren Adoleszenz, vor allem aber im Erwachsenenalter) können diese Kompetenzen mit gelernten individuellen Strategien erweitert werden. Dies in der Regel meist „besser“, wenn seit der Kindheit oder prinzipiell mit spezifischen verhaltenstherapeutischen Strategien (zum Beispiel Soziales Kompetenztraining -SoKo-für Menschen im Autistischen-Spektrum) gearbeitet wurde. Auch das allgemeine Intelligenzniveau kann die Fähigkeiten zur Kompetenzentwicklung beeinflussen („verbessern“).

Diese Anpassungsstörungen treten bei Kindern im Autistischen-Spektrum (nicht beim kategorialen Frühkindlichen Autismus oder nach DSM-5® Autismus-Spektrum-Störung mit intellektuellen Beeinträchtigungen) überzufällig häufig (erst) mit Beginn der sekundären Sozialisation (Kita, Schule) auf (also ca. mit 3 Jahren) und werden in diesem Kontext sozialer Anforderungen erstmals als Verhaltensstörungen und/oder später auch als Lernstörungen wahrgenommen.

Insbesondere die „offensiven“ Verhaltensvarianten der Autismus-Spektrum-Störungen (externalisierende, herausfordernde Verhaltensweisen)

Theunissen, G. (2018). Autismus und herausforderndes Verhalten-Praxisleitfaden Positive Verhaltensunterstützung. Freiburg i.B. Lambertus.

... führen zu anhaltenden Konfliktlagen in der Schule, in Einzelfällen auch bereits in der Kita.

Da das offensive Verhalten in dieser jungen Altersspanne der Entwicklung oft aber auf dem „ersten Blick“ nicht als Phänomen einer Autismus-Spektrum-Störung erkannt wird, weil man sich an den beiden o.g. Kategorien des Autismus orientiert und nicht an einem Verständnis individueller Variationen, ist die Folge, diesen Kindern Renitenz und bewusste Disziplinlosigkeit und den Eltern Erziehungsmängel zu unterstellen.

Die „defensiven“ (die ruhigen, schüchternen, ängstlichen, einzelgängerischen) Varianten der Autismus-Spektrum-Störung hingegen „fallen“ demgegenüber nicht als „störend auf“ und werden deswegen oft „übersehen“ bzw. auch erst im Übergang von Schule zu Ausbildung, Studium, Beruf „erkannt“.

Einige dieser Verhaltensvarianten kommen ob ihres wenigstens sozial ungeschickten Verhaltens häufiger in soziale Konfliktlagen, „verstehen“ aber nicht warum und reagieren in Folge depressiv, ängstlich und/oder psychosomatisch, bzw. stellen sich in Frage.

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 zu Schulabsentismus.

www.psychotherapie-hofmann.com / Infothek / Pathological Demand Avoidance Syndrom (PDAS)

Ergänzende Bemerkungen:

Autismus-Spektrum-Störung ist eine tiefgreifende Entwicklungsstörung:

- insofern sind diese Besonderheiten und/oder Beeinträchtigungen seit der frühen Kindheit nachweisbar und
- haben als autistische Anpassungsstörung bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen (später beruflichen) oder anderen wichtigen Funktionsbereichen zur Folge.

Die Autismus-Spektrum-Störung kann mit oder ohne begleitende intellektuelle Beeinträchtigungen einhergehen.

- Im kategorialen Ansatz korrespondiert der Kanner-Autismus (Frühkindlicher Autismus nach ICD-10) immer mit intellektuellen Beeinträchtigungen und wird im Fall eines IQ > 70 als hochfunktionaler Frühkindlicher Autismus bezeichnet.
- In der Regel ist bei schweren Formen der intellektuellen Beeinträchtigungen (IQ < 50) das Autistische Syndrom quasi als Verhaltensstörung ein integrierter Bestandteil.

Die Autismus-Spektrum-Störung kann mit begleitenden sprachlichen Beeinträchtigungen einhergehen (verbale Entwicklungsdyspraxie).

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

Der Forschungsschwerpunkt für die Autismus-Spektrum-Störung ist bisher eher auf das Kindes- und Jugendalter und auf das männliche Geschlecht ausgerichtet gewesen.

Forschungserkenntnisse zu Varianten der Autismus-Spektrum-Störung im Erwachsenenalter sind derzeit eher „spärlich“.

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

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

Ebenso verhält es sich mit Erkenntnissen der Autismus-Spektrum-Störung beim weiblichen Geschlecht. 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.

Insofern 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 bei Erwachsenen handelt. Analog verhält es sich bei Transsexualismus und Autismus-Spektrum-Störung, für die nach aktuellen Studien von einem erhöhten gemeinsamen Auftreten 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.

Die Besonderheiten, die aus der Autismus-Spektrum-Störung kommend, das Wahrnehmen, Denken und Verhalten der Kinder/Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung zusätzlich beeinflussen können:

Im Grunde können alle o.g. Phänomene des Autistischen Syndroms:

- der autistischen Beeinträchtigung der sozialen (auch sprachlichen) Kommunikation und
- der autistischen Beeinträchtigung aufgrund restriktiv-repetitiver Verhaltensweisen [Ausrichtung auf Routinen, Gleichmaß, (Reiz-) Konstanz]

die Beeinträchtigungen aus der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung „überlappen“.

Dabei variieren die Schweregrade und Qualitäten der Überlappungen dieser Phänomene wiederum hoch individuell.

Im Zusammenhang mit Varianten der Autismus-Spektrum-Störung werden vor allem **Mentalisierungsstörung/-beeinträchtigung** und eine **verminderte Flexibilität** das Erleben, die Wahrnehmung, das Denken und Verhalten beeinflussen.

a.

Mentalisierungsstörung/-beeinträchtigung

Mentalisierungsfähigkeit als neurokognitiver Informationsverarbeitungsprozess bedeutet: Einstellungen, Absichten, Motive, Gefühle der eigenen Person und

analoge Befindlichkeiten anderer Menschen situationsangemessen kognitiv zu verarbeiten, das heißt:

- wahrzunehmen,
- zu interpretieren,
- darüber nachzudenken
- und danach das eigene Denken und Verhalten auszurichten.

Mentalisierung anderer Personen ist ein komplexer kognitiver Prozess, der bei Menschen mit neurotypischer Ausstattung (Nicht-Autisten) in der Regel in durchaus wenigen Millisekunden (unbewusst) erfolgt und sich in einer Altersspanne beginnend von ca. 3 bis 6 Jahren herausbildet.

Gelingt diese Mentalisierung nur beeinträchtigt oder nicht, wie bei einer Autismus-Spektrum-Störung, sind Interaktions- und Kommunikationsstörungen die Folge, welche sich in mehr oder weniger „auffälligen“, gleichwohl vielfältig variiierend-normabweichenden Verhaltensweisen äußern (wie zum Beispiel von sozialen Ungeschicklichkeiten, interaktiven Missverständnissen bis zu ausgeprägtem, rücksichtslos anmutendem Egozentrismus bzw. sozialem Rückzug).

Es fehlt an einem grundlegenden sozial-emotionalen Verständnis, einem normativ-sittlichen Gespür, wie man sich „richtig“ (sozial angemessen) verhält.

Die neuropsychologische Hypothese der sogenannten Theory of Mind (ToM) wird diesen Mentalisierungstheorien zugeordnet. ToM meint die Fähigkeit eines Menschen vor allem emotionale Befindlichkeiten anderer Menschen zu mentalisieren (Fähigkeit zum Perspektivwechsel, Wahrnehmung und Interpretation mimmischer und sprachlicher Symbolik einer anderen Person).

Kinder und Jugendliche (allgemein Menschen) mit Autismus-Spektrum-Störung wirken insofern wie „gefühllos“ anderen gegenüber, es mangelt an Empathie, das soziale Verhalten wird nicht nach Maßstäben sozialer Erwünschtheit, sondern ausschließlich nur an der eigenen Wahrnehmung der Welt orientiert.

Oft erfassen Menschen im Autistischen-Spektrum das soziale Regelwerk intellektuell, es besteht also ein Regelwissen darüber, jedoch besteht nicht oder nur eingeschränkt die Fähigkeit, eigener emotionaler, sozial-normativer Anpassung.

b.

Hypothese der verminderten Flexibilität durch eine „Schwache Zentrale Kohärenz“

Die neuropsychologische Theorie der „Schwachen Zentralen Kohärenz“ vermittelt die Qualität und Quantität, die Art und Weise der Wahrnehmung und Informationsverarbeitung der komplexen Umwelt, welche dieser Theorien folgend nicht ganzheitlich-sinnhaft (kohärent) und kontextbezogen, sondern hoch subjektiv und detailliert erfolgt (Kontextblindheit).

Es wird nicht die Komplexität der relevanten Reize wahrgenommen und verarbeitet, sondern nur und nur zu diesem Zeitpunkt hoch subjektiv scheinbar „wichtige“ Teilbereiche (Teilobjektwahrnehmung).

Dies wirkt sich auf die Funktion aus, auf welche soziale und Leistungsanpassungen im Allgemeinen basieren: Anpassungsflexibilität.

Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung „beharren“ im Grunde scheinbar auf ihre Ordnung (ihre Wahrnehmung) der Welt, die sie hochwahrscheinlich benötigen, um einer „Reizüberflutung“ entgegenzuwirken.

Sie „verteidigen“ die Aufrechterhaltung dieser eigenen Ordnung mit scheinbarer Renitenz, oft auch mit aggressiven Mitteln in Wort und Tat oder durch Verweigerung.

Dieses hoch subjektive „Fenster zur Welt“ kann in einem Zeitverlauf starr bleiben, sich aber auch, wiederum im selben nicht ganzheitlich-sinnhaft und kontextbezogenen Wahrnehmen, ändern, dies in Abhängigkeit von situativen Reizkonstellationen, aber auch insgesamt im Entwicklungsverlauf.

Abzuleiten ist, dass derart Phänomene sich beispielhaft durchaus auch massiv auf das schulische Lernen auswirken können, insofern die Realisierung der „alterstypischen“ Entwicklungsaufgabe beeinträchtigen:

- Aufgaben werden vermeintlich nicht erkannt, nicht in ihrer Komplexität, nicht so, dass sie korrekt beantwortet werden könnten.
- Bestimmte Aufgaben (und Lehrer) werden in Frage gestellt. Dies kann zum Beispiel „am nächsten Tag“ ganz anders sein, wenn sich das „Fenster zur Welt“ möglicherweise „verschiebt“.
- Hochwahrscheinlich ist das o.g. Pathological Demand Avoidance Syndrom eine Folge, bei dem nicht nur die Aufgaben an sich, sondern auch die Personen, welche diese Aufgabe abfordern, „abgelehnt“ (belastend oder vielleicht die eigene Ordnung bedrohend empfunden) werden.
- Insbesondere Kontextirritationen, wie zuletzt durch die Corona-Maßnahmen bedingt, führen aufgrund des Mangels an Anpassungsflexibilität zu einer Labilisierung des neuronalen Systems und damit verbunden, der Ablehnung dieser Anforderung.

weitere Literatur

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.

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.