

Bachmann M.

„Ich kann abends einfach meine Gedanken nicht abschalten...“

Hochbegabung – ADHS – Asperger Autismus

Über die Notwendigkeit einer genauen Diagnostik

„Abends gibt es ein ständiges Vibrieren in meinem Kopf, die Gedanken jagen sich gegenseitig, so dass ich nichts zu Ende denken kann. Ein Thema hängt sich an das nächste dran.“ (Marie, 12 Jahre)

Hochbegabung

Hochbegabung ist keine Krankheit. Sie ist ein von Wissenschaftlern geprägtes Konstrukt, das eine Aussage über die potentielle kognitive Leistungsfähigkeit eines Menschen macht. Eine einheitliche Definition existiert nicht, es besteht jedoch Einigkeit über die Komplexität dieser Begriffsbestimmung und auch darüber, dass bei aller Theorie das Kind (ich beschränke mich auf Kinder, das Gesagte gilt jedoch im gleichen Maße auch für Erwachsene) und seine Individualität hinter diesen Konstrukten nicht verloren gehen darf.

Die Ergebnisse testpsychologischer Untersuchungen (wie z.B. Intelligenztest) sind wichtige Mosaiksteine bei der Beurteilung eines Kindes, aber auch nicht mehr. Die Persönlichkeit des Kindes, die aktuelle Lebenssituation, die Einflüsse von Schule, Familie, Peer-Group, die Motivationslage und vieles mehr wirken auf die gezeigte Leistungsfähigkeit ein. Dies ist in den unterschiedlichen Begabungsmodellen berücksichtigt worden.

Zwei wichtige weitere Einflussfaktoren werden jedoch häufig übersehen: die seelische Befindlichkeit des Kindes und etwaige Störungsbilder im eigentlichen Sinne (ADHS, Autismus, Depression, Lese-Rechtschreibstörung, Rechenstörung u.a.).

Familien wenden sich zu 40-50% aufgrund von Schwierigkeiten im Rahmen einer bekannten oder vermuteten hohen Begabung an Beratungsinstitutionen.

Probleme im Lern- und Leistungsverhalten, Konzentrationsstörungen, soziale Schwierigkeiten, Langeweile und Unterforderung sind neben den nicht-defizitär benannten Beratungsanlässen wie Fördermöglichkeiten, Schullaufbahnberatung oder Diagnostik häufig.

Wenn emotionale Beeinträchtigungen oder psychische Störungen vorliegen (und die Wahrscheinlichkeit für Störungen, die eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose rechtfertigen, liegt bei Kindern in der

Bundesrepublik immerhin bei 15%, dann ist es unmittelbar nachvollziehbar, dass die Leistungsfähigkeit sehr stark beeinträchtigt sein kann.

Vor diesem Hintergrund habe ich das Begabungsmodell von Heller um diese Einflussgrößen modifiziert (Abb. 1):

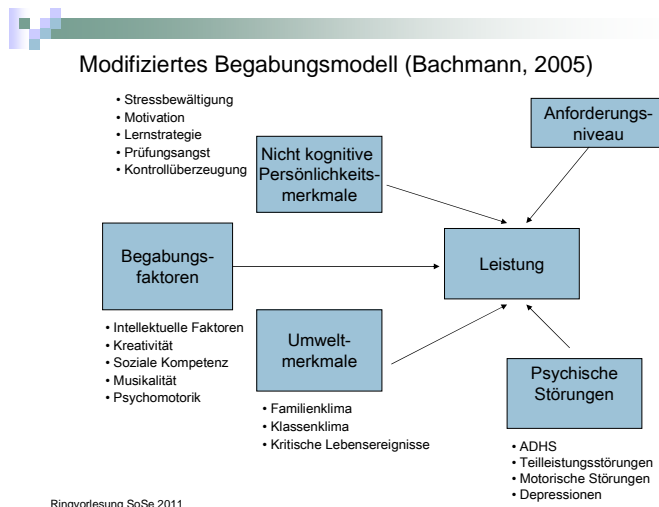


Abb. 1

Fischer hat in seinem mehrdimensionalen Begabungsmodell Hellers Überlegungen aufgegriffen und wichtigen Faktoren wie Leistungsmotivation, Lernstrategien, Selbstregulation, und Leistungstraining als Transformatoren im Lern- und Entwicklungsprozess hinzugefügt.

Auch eine kognitive Unterforderung kann durch die hervorgerufene Langeweile allein schon zu Motivationsschwierigkeiten und einem damit einhergehenden Leistungseinbruch führen.

Wenn diese Einflussgrößen nicht bekannt sind, ist es kaum möglich eine zuverlässige Aussage über die potentielle Leistungsfähigkeit eines Kindes zu machen. Bei einem höchstleistenden, fröhlichen, sozial kompetenten und gut integrierten Kind sollte dies kein Problem darstellen. Dann ist allerdings auch zu hinterfragen, warum überhaupt eine Beratung und etwaige Intelligenzdiagnostik nötig sein sollte.

Im anderen Fall, wenn Störung im weitesten Sinne, Schulunlust, underachievement oder z.B. anhaltende Konzentrationsstörungen einen Beratungsanlass darstellen, in dessen Rahmen eine Intelligenzdiagnostik sinnvoll ist, muss immer berücksichtigt werden, dass sich diese Einflüsse negativ auf die gezeigte Leistungsfähigkeit während der Testung auswirken können.

Wie ist also vorzugehen, um eine möglichst genaue Einschätzung über die kindliche Situation abgeben zu können?

Bei jeder kinder- und jugendpsychiatrischen Vorstellung wird das genaue Anliegen der Familie geklärt. Die aktuelle Lebenssituation, der familiäre Rahmen, die Einbettung in die Peer-Group, die Schulsituation und die seelisch-psychische Befindlichkeit sind weitere wichtige Einflussgrößen die bekannt sein müssen. Mit Anamnese ist die Erhebung der Vorgeschichte gemeint, bezogen auf die Entwicklung des Kindes (Eigenanamnese), des transgenerationalen Rahmens (Familienanamnese) und der Auskünfte Dritter, also von Schulen, Ärzten, Institutionen (Fremdanamnese). Selbstverständlich müssen Eltern bei der Erhebung der Fremdanamnese im Vorwege ihre Einverständniserklärung abgeben. Den neurologisch-motorischen Entwicklungsstand wenigstens orientierend zu untersuchen ist wichtig, um z.B. eine etwaige umgeschulte Linkshändigkeit zu erkennen und um einzelne testpsychologische Befunde (je nach Fragestellung: Intelligenzdiagnostik mit Verhaltensbeobachtung, Überprüfung der Fertigkeiten im Lesen, Schreiben, Rechnen, der Konzentrationsfähigkeit) richtig interpretieren zu können (siehe auch Abb. 3, Seite 11).

Als Ärzte ist es für uns hilfreich unsere Erkenntnisse in international definierte Klassifikationssysteme einzubetten. In Deutschland ist dies die ICD-10 (International Classification of Diseases der WHO), welche verpflichtend ist, weshalb wir bei psychischen Auffälligkeiten auch von „Störung“ sprechen müssen und nicht von „Krankheit“.

Im klinischen Alltag ist es üblich, bei allen kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchungen immer auch eine Aussage zur Intelligenz (gemessen oder geschätzt) zu machen. Eine Intelligenztestung ist Teil einer völlig regulären Diagnostik im eigentlichen Sinne und das Resultat „Hochbegabung“ unter Umständen ein Ergebnis eben dieser „Diagnostik“ und zwar wertfrei ohne Krankheitszuschreibung.

Die ungefähre Kenntnis der Begabung eines Menschen ist unabdingbare Voraussetzung zur Einordnung anderer Ergebnisse. Ein Kind mit geistiger Behinderung muss sich nicht durchschnittlich gut artikulieren und konzentrieren können. Es hat kein ADHS, wenn es nicht aufmerksam, ruhig und motiviert dem Unterricht folgt, sondern es ist im Rahmen seiner Behinderung z.B. konzentrationsschwach, impulsiv und in bestimmten Situationen überfordert.

Die Fertigkeiten in den Bereichen Lesen, Schreiben, Rechnen oder der Konzentrationsfähigkeit sind vor dem Hintergrund des Begabungspotentials zu beurteilen. Ein hochbegabtes Kind kann Teilleistungsschwächen zum Teil kompensieren. Wir sehen in der Praxis immer wieder Kinder, die die Grundschulzeit freudig und ohne jegliche Anstrengung durchlaufen haben und deren Teilleistungsstörungen erst auf dem Gymnasium zu erkennen sind.

Es geht also auch um den intraindividuellen Vergleich des Leistungsvermögens und nicht nur um den Vergleich der Kinder innerhalb ihrer Lerngruppe.

ADHS

ADHS steht für Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom. Mit Syndrom ist gemeint, dass verschiedene Symptome (einzelne Kennzeichen mit Krankheitswert) in Kombination zu einem definierten Krankheitsbild führen, dem Syndrom. ADHS steht in diesem Fall für die Kombination aus einer *Konzentrationsstörung* (erhöhte Ablenkbarkeit, Schwierigkeiten bei der Fokussierung und Priorisierung), einer gesteigerten *Impulsivität* (flüchtiger Arbeitsstil, nicht abwarten können, ggfs. auch schnell in Rage geraten) und einer etwaigen *Hyperaktivität* (gesteigerte motorische Unruhe, hoher Bewegungsdrang, „zappelndes“ Verhalten), wobei für die Sicherung der Diagnose ausschließlich die Konzentrationsstörung ein zwingendes Kriterium darstellt.

Es gibt Kinder, die eine schwache Arbeitsorganisation aufweisen, viele Flüchtigkeitsfehler bei Klassenarbeiten machen, im Unterricht still, dabei auch verträumt, wirken, sozial gut integriert und freundlich sind und bei einer guten Begabung eine Konzentrationsstörung aufweisen. Ein Kind mit ADHS muss nicht über Tische und Bänke springen, Verhaltensauffälligkeiten zeigen und grenztotend sein. Wenn Kinder keine nach außen sichtbare Unruhe zeigen, so spricht man von ADS (Träumerchensyndrom)

Grundlage dieser Störung ist ein Dopaminmangel im synaptischen Spalt, also neurophysiologischer Natur. Familiäre Häufungen sind typisch, Jungen sind drei- bis sechsmal so häufig wie Mädchen betroffen. Die Symptomatik ist situationsübergreifend, Konzentrationsschwierigkeiten fallen in der Schule bzw. im Kindergarten (inkonsistentes Spielverhalten), in der Familie und in der Freizeit auf. Aufträge müssen häufig mehrfach wiederholt werden, eine unruhige äußere Situation verstärkt das Problem. Rituale und feste Abläufe verhelfen dem Kind zur Übersicht. Die Auffälligkeiten beginnen vor dem 7. Lebensjahr, allerdings wird die eigentliche Problematik meist erst in der Grundschule deutlich. Dann erst wird von den Kindern erwartet, ruhig und konzentriert in einer lauten und unruhigen Umgebung sitzen zu müssen und Aufgaben zu erledigen, die nicht selbst gewählt sind. Im Waldkindergarten fällt ein ADHS schlicht weniger auf, dafür werden viele andere Bereiche wie Wahrnehmungsfähigkeit und Teamgeist gefördert. Schweregrad und Verlauf sind abhängig vom intellektuellem Niveau, Geschlecht, Alter und von dem psychosozialen Rahmen. Die Tatsache,

dass ein Kind stundenlang „hochkonzentriert“ vor dem Computer sitzt, spricht nicht gegen die Diagnose.

Hat jedes Kind mit einem Bewegungsdrang, einer etwas chaotischen Arbeitsorganisation und Flüchtigkeitsfehlern in der Schule ein ADHS? – Nein!

Die Kombination einzelner Symptome bedeutet noch nicht, dass das Krankheitsbild ADHS (als Syndrom) vorhanden ist.

Fieber ist ein Symptom und es bedeutet nicht, dass eine Lungenentzündung, Malaria oder AIDS vorliegen. Es bedeutet lediglich, dass der Körper offensichtlich auf „etwas“ reagiert. Auch Fieber kann psychosomatisch bedingt sein.

Jeder kennt Zeiten und Umstände in denen die Konzentrationsfähigkeit, die Motivation oder das planvolle Handeln beeinträchtigt sind. Wie soll ein Kind, das Belastungseinflüssen wie Scheidung der Eltern, Umzug, Mobbing oder einer depressiven Entwicklung ausgesetzt ist, konzentriert und gut organisiert arbeiten können?

Eine gründliche Untersuchung, die Erhebung der Anamnese und die Durchführung und Interpretation testpsychologischer Verfahren, sind Maßnahmen, die bei der Entscheidung ob ADHS-ähnliche Symptome oder ein ADHS im Sinne eines Syndroms vorliegen, wegweisend sind (Abb. 3, Seite 11).

Diese Unterscheidung müssen weder Eltern noch Lehrer treffen. Dafür ausgebildete Fachärzte und Psychologen brauchen hierfür 5-7 Stunden und oft ist die sichere Diagnose erst im Verlauf, manchmal auch erst nach vielen Monaten möglich.

Wenn nun ein hochbegabtes Kind unter einem ADHS leidet (und diese Kombination existiert!), so kann es die Konzentrationsstörung häufig viel besser kompensieren als ein durchschnittlich begabtes Kind. Vielleicht reicht bei ihm eine Aufmerksamkeitsleistung von 20% um alle Sachverhalte zu verstehen und abspeichern zu können. Kein Problem also, wenn es aufgrund des ADHS auch nicht mehr investieren könnte.

Hochbegabte Kinder ohne ADHS wirken allerdings bei einer Unterforderung ebenfalls abgelenkt, konzentrationsschwach und unruhig.

Wie erginge es Ihnen, wenn Sie als deutscher Muttersprachler in China 10 Stunden pro Woche am Deutschunterricht für Anfänger teilnehmen müssten? Sie würden vielleicht heimlich ihr Handy anschalten, zum Fenster hinausschauen oder Comics malen.

Und was passiert in Klasse 6 oder 7 auf dem Gymnasium? Die Kompensationsleistung der hochbegabten Kinder mit einem ADHS reicht nicht mehr aus. Erstmals erleben sie, dass sie nun doch 80% ihrer Aufmerksamkeitsleistung benötigen, um folgen zu können und um gute Noten zu schreiben.

Dies ist oft der Zeitpunkt einer für die Betroffenen und deren Eltern überraschenden Veränderung der bisherigen unproblematischen Schulentwicklung.

Syndromale Konzentrationsstörungen (ADHS) aber auch Teilleistungsstörungen wie Lese- und Rechtschreibstörung (Legasthenie) oder Dyskalkulie werden bei hochbegabten Kindern häufig viel später erkannt, weil diese Kinder im Rahmen ihrer Begabung besser kompensieren können. Und diese syndromalen Konzentrationsstörungen müssen dann von dem Symptom Konzentrationsstörung zum Beispiel bei bestehender Unterforderung unterschieden werden.

Hochbegabung ist nach der aktuellen wissenschaftlichen Datenlage weder ein Schutz noch ein Risiko für ein ADHS. 2% der Menschen sind hochbegabt, 2-10% aller Kinder und Jugendlichen haben ein ADHS.

Autismus

Bei Autismus liegen Störungen der *Interaktion*, der *Kommunikation* und des *Verhaltens* vor. Autismus ist nicht anerzogen, sondern als sog. *Tiefgreifende Entwicklungsstörung* ein Phänomen, das von Geburt an vorliegt und eine deviante nicht nur verzögerte, Entwicklung darstellt. Bei entsprechendem Schweregrad sind weitreichende („tiefgreifende“) Verhaltensbereiche des Lebens betroffen. Auch hier besteht, ähnlich wie bei einem ADHS, eine Variabilität in Abhängigkeit der Intelligenz, des Alters und des Geschlechts. Eine kategoriale Einteilung gem. ICD-10 und der entsprechende Terminus ist verpflichtend für Diagnostiker und Behandler: unverzichtbar aber auch unbefriedigend.

Die interaktionellen Störungen (soziale Störungen) umfassen Gestik, Blickkontakt, Grußverhalten, soziale Wechselseitigkeit, emotionale und kognitive Empathie sowie das Teilen von Freude und Aktivitäten. Es bestehen Schwierigkeiten im Verständnis von Gedanken, Affekten und Überzeugungen anderer und Probleme das eigene Handeln darauf abzustimmen. Aufgrund von mangelhafter Beherrschung sozialer Regeln wird das Verhalten autistischer Menschen gelegentlich als unakzeptabel bis aggressiv erlebt.

Jan (12 J.) begrüßt mich beim Erstkontakt im Wartezimmer nicht, schaut mich nicht an. Bei dem anschließenden Gespräch deutet er mit dem Finger auf seine Mutter, sie solle für ihn antworten. Beim dritten Termin ist Jan schon viel entspannter, vermeidet jedoch immer noch gelegentlich Blickkontakt und zeigt eine eingeschränkte Mimik, er beantwortet die Fragen leise und knapp. Er kann sich bei Rollenspielen nicht in die Situation des Gegenübers und sich selbst nicht in eine neue Rolle hineinversetzen und wirkt ratlos, zum Teil verweigert er sich.

Kommunikative Störungen beinhalten insbesondere Auffälligkeiten der Sprache und des Sprechens. Üblicherweise liegt eine Sprachentwicklungsverzögerung im eigentlichen Sinne vor. Die Betroffenen unternehmen oft wenige Versuche Sprachdefizite durch nonverbale Kommunikation zu ersetzen. Bei erhaltener Sprechfähigkeit finden sich Wortrituale, Neologismen, Pronominalumkehr und ein pedantischer Sprachgebrauch.

„Ich verstehe oft nicht wie ein Streit zustande kommt, weil mein Gehirn besteht nur aus Einsen und Nullen, wie eine Computerfestplatte. Jede einzelne Kommunikation besteht aus Einsen und Nullen, aus hohen Tönen und tiefen Tönen. Ich erklär mir das alles durch Gedankenblitze, kann aber nicht verstehen, wie ein Streit zusammenkommt.“ (Max, 9 Jahre)

Nicht selten ist das expressive Sprachniveau besser als das rezeptive (Bölte 2009), was viele Missverständnisse und Fehleinschätzungen Dritter erklärt.

Bei manchen Betroffenen liegt ein mechanisch anmutendes, wenig intoniertes, leises, lautes oder stockendes Sprechen vor. Konversation als Mittel zum gegenseitigen sozialen Austausch ohne eigentlichen Inhalt wird gemieden und oft nicht verstanden. Small Talk wird umgangen, Ironie, Witz und Humor gelegentlich nicht verstanden, weil Gesagtes wörtlich genommen wird.

Restriktives, stereotypes und repetitives Verhalten beinhaltet wiederkehrende ungewöhnliche Bewegungen, z. B. Jaktationen (Oberkörperschaukeln), Hand- und Fingermanierismen, Flattern der Arme, Verdrehen des Körpers. Häufig existiert ein auffälliges Interesse an Geschmack, Gerüchen, Geräuschen oder Lichteffekten oder an der Beschaffenheit von Oberflächen, so dass es zu taktiler Stimulation kommt. Oder es liegt eine Hypersensitivität in diesen Bereichen vor.

Autoaggressives Verhalten und der Widerstand gegen Veränderungen von Situationen oder Abläufen und Routinen gehören zu den typischen Verhaltensweisen. *„Wenn wir den Tagesablauf ändern müssen, flippt Maiko aus. Wir haben uns darauf eingestellt und planen immer alles im Voraus, wir leben sehr nach der Uhr. Unpünktlichkeit verabscheut sie.“*

Gelegentlich kommen Sonderinteressen vor. Züge, U-Bahnen, Technik und Dinosaurier sind beliebte Themen. Manche Beschäftigungen muten auch befremdlich an: Kenntnisse von Kanalisationsverläufen, das exzessive Erstellen Tabellen oder die Beschäftigung mit Busfahrplänen.

Gemäß den Forschungskriterien für das **Asperger Syndrom**, einer Sonderform von Autismus, fehlen hier die für den Autismus typischen Sprach- und Sprechauffälligkeiten bis zum dritten Lebensjahr bei Erfüllung der oben genannten Trias (Störung der Interaktion, Kommunikation und des Verhaltens). Die kognitive Entwicklung, Selbsthilfefertigkeiten, adaptives Verhalten und Neugier an der Umgebung sind bis zum dritten Lebensjahr erhalten. Häufig besteht eine motorische Ungeschicklichkeit. Eine

Kombination mit Hochbegabung und ADHS ist möglich. Beim Asperger Autismus liegen in 50% der Fälle ein ungewöhnlich umschriebenes Interesse (z.B. Aquaristik, Musizieren, Politik) oder sich wiederholende Verhaltensmuster vor, wobei diese für gewöhnlich funktional sind. Bei 70% der Betroffenen werden zunächst Fehldiagnosen gestellt, meist ADHS. Bei denjenigen, die schwach betroffen sind und über gute Kompensationsleistungen (z.B. im Rahmen einer sehr guten intellektuellen Begabung) verfügen, wird die Diagnose oft erst im Jugend- oder Erwachsenenalter gestellt.

Florian, ein 13-jähriger hochbegabter Junge mit Asperger Syndrom kennt sein eigenes Verhaltensrepertoire genau, er erkennt auch seine Grenzen exakt und ist Experte im Finden von Lösungen (gute Beobachtung der Anderen, Zeit gewinnen, intensiv Nachdenken). Fast immer findet er Antworten für Probleme, ist dabei sehr humorvoll und feinsinnig. Durch Aussagen seiner Mitschüler und eigener Internetrecherchen hat er selbst bereits eine Ahnung vom Asperger Syndrom betroffen zu sein, was er seinen Eltern bis zur offiziellen Diagnosestellung verheimlicht.

Im Kleinkindalter können heftige Wutanfälle, soziale Integrationsschwierigkeiten, ein stereotypes Spielverhalten und Vermeidung von Rollenspielen, eine Hyperaktivität und eine kurze Konzentrationsspanne auftreten. Im Schulalter zeigen sich zum Beispiel Leistungsverweigerung, Ängste, ein Beharren auf Regeln und ein wenig teamorientiertes Verhalten. Jugendliche haben häufig keinen Sinn für Small Talk, es bereitet Schwierigkeiten zu flirten, auch wenn sie gerne einen Partner hätten. In der Pubertät werden die Auffälligkeiten vor allem bei Mädchen häufig stärker. Keines der genannten Symptome ist ein Muss-Kriterium zur Diagnosestellung, die Variabilität ist sehr hoch und ändert sich auch im Verlauf des Lebens.

Für die Diagnostik liegen spezielle Leitlinien vor, hilfreich sind die sog. Gilbert-Kriterien. Vor allem das detaillierte Interview der Eltern über die gesamte Entwicklungsgeschichte der Kinder mit Hilfe standardisierter Verfahren gibt Aufschluss über einen etwaigen Asperger-Autismus. Aufgrund der hohen Variabilität der Auffälligkeiten ist verständlich, wie schwer selbst diese standardisierten Interviews von Eltern zu interpretieren sind. Zum einen sind die Defizite der sehr begabten Kinder schwer zu erkennen. Zum anderen sind die Eltern oft selbst subklinisch Betroffene und empfinden manche Eigenheiten ihrer Kinder nicht erwähnenswert. Kluge Kinder haben oft kluge Eltern, die auch ihrerseits eine hohe Kompensationsleistung erbringen können.

Dies ist der offizielle Stand der heutigen kategorialen Einteilung. Tatsächlich gibt es nach der derzeitigen Forschungslage eine eindeutige Einteilung in typische Erscheinungsformen nicht mehr, da es viele verschiedene

Manifestationen gibt. Das Wort „**Autismus-Spektrum-Störung**“ macht deutlich, dass es einen breiten Graubereich (Spektrum) gibt, in welchem nicht genau zu erfassen ist, ob einzelne Symptome das Ausmaß einer definierten Störung haben oder ob es sich bei schwach Betroffenen vielmehr um eine Spielart der Natur handelt.

Die überarbeiteten Versionen der Klassifikationssysteme, dann ICD-11 und DSM-V, mit deren Erscheinen 2013 gerechnet wird, werden diesen neuen Erkenntnissen Rechnung tragen.

Die verschiedenen Manifestationsformen und die stark unterschiedlichen Ausprägungsgrade (von Behinderung bis hin zu kaum festzustellender „Andersartigkeiten“) und deren Berücksichtigung bei der Diagnostik haben dazu geführt, dass in der BRD seit ca. 1970 die Prävalenzen (Häufigkeiten) um das 10-20-fache gestiegen sind ohne dass es vermutlich eine absolute Zunahme von Autismus-Spektrum-Störungen gibt. 0,5-1% aller Menschen sind von Autismus betroffen (Poustka, 2011).

Um den Zusammenhang von Hochbegabung, ADHS und Autismus zu verstehen, ist es sinnvoll die neuropsychologische Ebene der Verhaltensmerkmale zu betrachten.

Die exekutiven Funktionen (in der Frontalregion des Gehirns lokalisiert) ermöglichen zielorientiertes Handeln (vorausschauendes Planen), zeitliche Strukturierung der Handlungsplanung, Flexibilität im Denken und eine Impulskontrolle. Diese Kompetenzen sind wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Selbstorganisation, das Priorisieren von Zielen, für eine angemessene Selbstkorrektur und selbstständiges Arbeiten.

Viele Verhaltensmerkmale von autistischen Menschen, wie z.B.

Veränderungsängste, umschriebene Interessen, Impulsivität oder fehlendes vorausschauendes Denken lassen sich durch eine Störung der exekutiven Funktionen erklären (Ozonoff et al. 1991).

Wird nun das Aufmerksamkeitssystem nach Van Zomeren und Brouwer (1994) zugrunde gelegt, so wird deutlich, dass die exekutiven Funktionen den Aufmerksamkeitsbereichen *geteilte und fokussierte Aufmerksamkeit*, *Alertness* (Steigerung der Aufmerksamkeit in Erwartung eines Reizes) und *Daueraufmerksamkeit* übergeordnet sind. Wenn diese Hypothese zutrifft, bedeutet dies, dass Konzentrationsfähigkeit und Fokussierung Voraussetzungen für die exekutiven Funktionen sind.

Im Umkehrschluss würde eine Konzentrationsstörung bei einem ADHS also eine Einschränkung der Handlungsplanung bedeuten, was jeder bestätigen wird, der mit solchen Kindern zu tun hat. Da die Myelinisierung der Nerven im Frontalhirn im Sinne einer Reifung erst im 21. Lebensjahr abgeschlossen ist, können auch Jugendliche mit einem ADHS immer noch deutliche Verbesserungen ihrer Fertigkeiten erwerben.

Ozonoff (1994) berichtet demgegenüber, dass die Planungsfertigkeiten bei einigen autistischen Kindern erst zwischen 12 und 19 Jahren defizitär wurden, da die Reifungsprozesse im Frontalhirn nicht regulär stattfinden.

Die Theory of mind (TOM) beschreibt „die Annahme über die Existenz eines gedanklichen Zustandes anderer Personen“, ist also die Fähigkeit eigenes und fremdes Verhalten zu erkennen, zu verstehen und kommunizieren zu können. Empathievermögen und Antizipation sind dafür wichtig. Menschen mit einer autistischen Störung haben Schwierigkeiten in der Perspektivenübernahme, in der Interpretation sozialer Situationen und der Situationsgebundenheit des Handelns. Gelegentlich gibt es Probleme im Verständnis von Witz und Ironie oder in der Erläuterung von Sprichwörtern oder Redewendungen. Karla Schneider, eine autistische Autorin eines sehr zu empfehlenden Leitfadens für Jugendliche mit Autismus, übersetzt deshalb auf 17 Seiten Redewendungen und Metaphern, wie „Jemanden ein Loch in den Bauch fragen“ (Schneider, 2009)

In den entsprechenden anatomischen Lokalisationen (Amygdala, Gyrus fusiformis, Spiegelneurone) zeigt sich eine geringere Aktivierung bei der Erkennung von Gesichtern bei autistischen Kindern. Die bereits bei Säuglingen angeborene Präferenz für Gesichter führt bei gesunden Kindern üblicherweise zu einem verstärkten Lernen im Zusammenhang mit dem emotionalen Ausdruck von Gesichtern (Schultz, 2005).

Dies ist übrigens der Grund, warum Kleinkinder, die „Lernsendungen“ im Fernsehen sehen, nicht klüger werden. Im Gegenteil. Sie verpassen kostbare Zeit mit kindgerechten Spiel- und Kommunikationspartnern und ein emotional reagierendes Gegenüber.

Bei der Theorie of Mind kommt das Thema Begabung maßgeblich zum Tragen. Bewusstes Mentalisieren, also das Interesse am Innenleben des Anderen ist lernbar! Hochbegabte autistische Kinder können trösten, sie sehen, wenn andere traurig sind, sie können auch adäquat darauf reagieren. Weil sie es gelernt haben. Und zwar schon sehr früh, weil sie gute Beobachter sind. Auch ihre hohe Symbolisierungsfähigkeit kommt hier zum Tragen. Der große Unterschied im Vergleich zu nicht autistischen Kindern sind die Schwierigkeiten spontan, intuitiv und unbewusst reagieren zu können.

„Moritz ist immer wieder in Streitereien in der Schule verwickelt. Er erkennt nicht, dass sich da in der Ecke ein Streit anbahnt, sondern rasselt förmlich immer wieder in solche Situationen hinein ohne überhaupt den Kontext des Konfliktes zu verstehen.“

Die Theorie der schwachen zentralen Kohärenz wurde von Frith (1989) postuliert und besagt, dass der Mensch ein Streben danach hat, Reize (Stimuli) kontextgebunden und global zu erfassen und zu interpretieren. Einzelne Detailinformationen verlieren dabei an Bedeutung und werden in einen größeren übergeordneten Sinnzusammenhang gesetzt. Bei autistischen Störungen hingegen besteht die Tendenz Reize kontextfrei zu verarbeiten und eine hohe Detailgenauigkeit an den Tag zu legen. „Den Wald vor lauter Bäumen nicht sehen“ ist ein typisches Beispiel hierfür oder

auch die oft erstaunlich guten Ergebnisse im Mosaiktest, einem Untertest des HAWIK IV (Intelligenztest).

In der Schule haben autistische Kinder häufig große Schwierigkeiten bei selbstgestellten Aufgaben, Projekten, Gruppenarbeiten oder in Fächern wie Kunst, Musik oder Sport. Die äußere Struktur ist dort oft nicht so gegeben, wie sie für diese Kinder erforderlich ist.

Im Vergleich haben Kinder mit ADHS aufgrund ihrer Reizoffenheit Schwierigkeiten die wichtigsten Informationen herauszufiltern und auch darum Probleme bei der Gruppenarbeit. Dieser große Unterschied sollte z.B. bei der Unterrichtsgestaltung berücksichtigt werden. Kinder mit Autismus benötigen einen „Dolmetscher“ der die komplexe Gesamtaufgabe auf verstehbare Details herunterbricht, Kinder mit ADHS jemanden, der ihnen beim „Abschirmen“ von Außenreizen hilft.

Für Autismus-Spektrum-Störungen gilt im Besonderen, dass die beschriebenen Zustände auf einer normalen neurologischen Vielfalt beruhen und eher als Spielart der Natur denn als „Störung“, „Behinderung“ oder „Defizit“ betrachtet werden sollten. Psychisch unauffällige Gesunde werden nach dieser Nomenklatur als „Neurotypicals“ bezeichnet. Auch angesehene Wissenschaftler verstehen eine Autismus-Spektrum-Störung, zumindest im High-Functioning-Bereich eher als Andersartigkeit im Sinne von „Neurodiversity“ (ähnlich der Linkshändigkeit) denn als Störung. (Baron-Cohen, 2000). Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass bereits bei einem etwas stärkeren Ausprägungsgrad in der Regel viele Bereiche des täglichen Lebens betroffen sind und die Kinder und ihre Eltern therapeutischer und ggfs. institutioneller Unterstützung bedürfen.

Über die Notwendigkeit einer genauen Diagnostik

Trotz der genannten Schwierigkeiten ist das Bemühen um eine möglichst frühe und möglichst exakte Diagnose wichtig, weil die Beratung bzw. Behandlung völlig unterschiedlich ist.

Wie in Abbildung 3 zu sehen ist, unterscheidet sich der Weg der Diagnostik, unabhängig von der Fragestellung, zunächst nicht wesentlich: bereits in dem Abschnitt zum Thema Hochbegabung wurde darauf hingewiesen, dass der ganzheitliche Blick auf das Kind wichtig ist. Das Vorgehen im Rahmen der „Diagnostik“ von Hochbegabung, ADHS und Asperger-Autismus ist grundsätzlich ähnlich. Speziell beim Asperger Syndrom sind standardisierte Elterninterviews hilfreich, um die Entwicklung von Geburt an „unter die Lupe“ zu nehmen.

Für das Thema Hochbegabung gilt das gesamte Vorgehen immer dann, wenn es eine spezifische Fragestellung gibt. Nicht jedes besonders begabtes Kind muss testpsychologisch untersucht werden, nicht alle Familien werden eine Beratungsstelle aufsuchen (müssen).

Wenn zum Beispiel bei der Idee eine Klasse zu überspringen unklar ist, ob das schüchterne und sozial ängstliche Verhalten des Kindes dagegen sprechen könnte, so kann dies natürlich Anlass für eine Beratung sein.

	Hochbegabung (+ Beratungsanlass)	ADHS	ASS
Diagnostik	Klinische US Anamnese Testpsychologie	Klinische US Anamnese Testpsychologie	Klinische US Anamnese Testpsychologie
Konsequenz	Beratung Kind Beratung Eltern Beratung Schule Begabtenförderung ggfs. Behandlung	Beratung Kind Beratung Eltern Beratung Schule Psychotherapie	Standardisierte Elterninterviews Beratung Kind Beratung Eltern Beratung Schule Psychotherapie ggfs. Nachteilsausgleich ggfs. Medikation

Abb. 3

Wenn alle Befunde gesammelt und interpretiert wurden, erfolgt eine Bilanzierung. Eltern werden über die Ergebnisse unterrichtet, Kinder sollten ebenfalls altersentsprechend eine Rückmeldung erfahren. Wann und ob genaue Zahlenwerte und Diagnosen auch mit den Kindern besprochen werden, muss aus meiner Sicht dringend mit den Eltern abgestimmt werden. In vielen Fällen ist es nicht sinnvoll, dass Kinder oder Jugendliche z.B. IQ-Werte erfahren. Bei einzelnen psychiatrischen Störungsbildern kann es im Laufe einer kontinuierlichen therapeutischen Behandlung wichtig sein auch über Diagnosen zu sprechen. Auch dies immer nur in Absprache mit den Eltern. Eltern sind Experten für ihre Kinder, Berater und Behandler sind Experten für das Thema.

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, braucht ein gesundes hochbegabtes Kind natürlich keine Therapie, sondern aufgeklärte Eltern, hilfreiche Lehrkräfte und Begabtenförderung. Wenn allerdings im Rahmen einer sekundären Neurotisierung zum Beispiel ein sehr hoher Perfektionismus, Selbstzweifel oder deutliche soziale Schwierigkeiten auftreten, so können diese behandlungsbedürftig sein, auch wenn im übrigen keine psychiatrische Störung i.e.S. vorliegt. Man nennt dies dann „Anpassungsstörung“ an eine Situation die besondere Herausforderungen

an die Kinder und ihre Eltern stellt. Es gibt natürlich auch die Kombination aus Hochbegabung und definierter psychischer Störung. Dann ist es wichtig, dass die Behandler das Thema Hochbegabung zur Kenntnis nehmen. Die Begabung muss und soll nicht immer im Mittelpunkt der Therapie stehen.

Bei einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung kann eine medikamentöse Behandlung, eingebettet in ein Gesamtbehandlungskonzept, sinnvoll sein. Dies ist immer im Einzelfall sorgfältig zu prüfen und die Entscheidung hierüber letztlich, nach einer ärztlichen Aufklärung, der elterlichen Autorität zu überlassen. Es gibt viele verschiedene Möglichkeiten Kinder mit ADHS zu unterstützen.

Bei einer etwaigen Autismus-Spektrum-Störung kann z.B. ein Nachteilsausgleich in der Schule geltend gemacht werden. Dies ermöglicht den Lehrern den betroffenen Schülern zu einer Chancengleichheit zu verhelfen und auch sich selbst zu entlasten.

Das Eingangszitat über die Gedanken, die abends nicht enden wollen, ist ohne weitere Kenntnisse nicht zu interpretieren. Es können freudvolle intensive Gedanken im Rahmen einer sehr guten Begabung sein oder auch quälende Ideen. Gedankenketten, wie es ein Junge formulierte, der nicht zur Ruhe kam.

Auch deshalb ist eine möglichst exakte Diagnose anzustreben. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die bestehenden Kategorien zwar hilfreich aber unzulänglich sind.

Besonders begabte Menschen können viele Defizite kompensieren. Leichte Störungen werden deshalb häufig viel später erkannt und persönliche Ressourcen der Betroffenen zur Kompensation, nicht aber zur Begabungsentfaltung, verbraucht. Es bedarf unserer Bereitschaft interdisziplinär zu arbeiten, damit die Kinder, ihre Eltern, Schule und beratende Institutionen gemeinsam ihren Beitrag zu einer gesunden Entwicklung der Kinder leisten können.

Literatur

Bachmann, M. (2005): Hochbegabt oder ADHS? Pädiatrische Nachrichten, Zeitung für Kinder- und Jugendmedizin, 04/2005, S. 8.

Bachmann, M. (2008): Psychisch auffällige Kinder mit Teilleistungsstörungen. In: Nolte, M. (Hrsg.): Integrative Lerntherapie – Grundlagen und Praxis: Julius Klinkhardt, S.146-150.

Baron-Cohen, S. (2000): Is Asperger syndrome / high-functioning autism necessarily a disability: *Development and Psychopathology*, 12, pp 489-500.

Bölte, S. (Hrsg.) (2009): *Autismus*. Bern: Verlag Hans Huber.

Fischer, C. (2006): Grundlagen und Konzepte in der Begabtenförderung. In: Fischer, C./Ludwig, H. (Hrsg.): *Begabtenförderung als Aufgabe und Herausforderung für die Pädagogik*. Münster.

Frith, U. (1989): *Autism: Explaining the enigma*. Oxford: Basil Blackwell

Morsch, D. (2011): Neuropsychologische Befunde bei Autismusspektrumsstörungen. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 1, S. 42-108.

Ozonoff, S. et al. (1991): Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: Relationship to theory of mind. *Journal of Child Psychology and Allied Disciplines*, 32, pp 1081-1105.

Poustka, F. (2011): Wege der Autismusforschung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39 (2), S. 73-77.

Schneider, K./Köneke, V. (2009): *Warum Bretter manchmal vor Köpfen kleben...* Nordhausen: Verlag Kleine Wege.

Schultz, R.T. (2005): Developmental deficits in social perception in autism: the role of the amygdale and fusiform face area. *International journal of Developmental Neuroscience: the official journal of the International Society for Developmental Neuroscience*, 23, pp 123-141.

Van Zomeren, A.H./ Brouwer, W.H. (1994): *Clinical Neuropsychology of Attention*. New York: Oxford Press.

Weidtmann, K. (2007): *Das Hochbegabten-Zentrum*. Verlag Dr. Kovac.