

ADHS und Autismus-Spektrum

THOMAS GIRSBERGER

Einleitung

Seit Beginn meiner kinder- und jugendpsychiatrischen Tätigkeit, d.h. seit ca. 25 Jahren, befasse ich mich mit der Abklärung und Behandlung von Kindern mit einem POS. Das ist eher unüblich. POS- (neu: ADHS-) Abklärungen werden mehrheitlich von Kinderärzten und Neuropädiatern durchgeführt. Diese Konstellation führte mit den Jahren dazu, dass in die eigene Praxis immer wieder Kinder angemeldet wurden, bei denen bereits in der Vorgeschichte eine POS- bzw. ADHS-Diagnose gestellt worden war und die meist auch schon mit Medikamenten behandelt worden waren. Folgende Probleme jedoch hatten nicht wenige dieser Kinder gemeinsam:

- Trotz erfolgter Diagnose und daraus resultierenden Massnahmen (Medikamente, Verhaltenstherapie, Elternberatung, usw.) wollte sich keine wirkliche Besserung einstellen.
- Es entwickelte sich eine andauernde Leidensgeschichte in Familie und Schule mit der Neigung zu Eskalationen.
- Oft bestand keine durchgängige Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit, je nach Interesse konnten sich die Kinder über längere Zeit ausgesprochen in etwas vertiefen.
- Es gab keine Hinweise auf eine psychosoziale Belastung, die das Scheitern der bisherigen Bemühungen hätte erklären können.

Zudem wiesen diese Kinder Defizite im kommunikativen und sozialen Bereich auf, welche nicht definitionsgemäss zu einer ADHS gehören:

- Ausweichendes Verhalten und ausweichender Blickkontakt insbesondere bei Begrüssung und Abschied.
- Im Gespräch wenig Gegenseitigkeit: entweder zu schweigsam oder Tendenz zu sehr einseitigem Monologisieren über ein Lieblingsthema.
- Wenig Gespür für soziale Konventionen, insbesondere Tendenz zu distanzlosem Verhalten.
- Grosse Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, jedoch besserer Kontakt mit jüngeren Kindern oder mit Erwachsenen.

Vom ADHS zum Autismus-Spektrum

Als ich mich zunehmend auf dem Gebiet des Autismus-Spektrums und v.a. des Asperger-Syndroms engagierte und weiterbildete, wurde immer klarer, dass es offenbar ein Muster gibt, das gar nicht so selten vorkommt:

Ein Kind erhält zunächst wegen seiner störenden Symptome in den Bereichen Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität eine ADHS-Diagnose. In der Folge wird ein Medikament verschrieben, die Eltern erhalten eine Erziehungsberatung, die darauf hinarbeitet, klare Regeln zu etablieren, klare Aufforderungen zu erteilen und erwünschtes Verhalten mit Verstärkern zu belohnen. Die gleiche Strategie wird, bei guter Zusammenarbeit, auch in der Schule durchgeführt. Und dennoch bleiben wesentliche Fortschritte und Verhaltensänderungen aus.

Die Eltern gehen auf die weitere Suche nach wirksamer Hilfe und wechseln manchmal mehrmals die Praxis oder die Beratungsstelle. Nicht selten gibt es nicht nur keine Fortschritte, sondern die Situation zu Hause und/oder in der Schule droht zu eskalieren. Manchmal wird sogar als letzte und einzige Lösung eine Heimplatzierung vorgeschlagen bzw. durchgeführt.

Zwei Fallbeispiele

Die folgenden Beispiele aus der eigenen Praxis sollen das bisher Gesagte anschaulich illustrieren.

Elias, 10 Jahre

Elias wuchs auf einem Bauernhof in einer kleinen ländlichen Gemeinde auf, genoss im Vorschulalter viele Freiheiten und entwickelte früh ein Sonderinteresse für landwirtschaftliche Maschinen, Traktoren und Technik im allgemeinen. Niemand wäre auf die Idee gekommen, dies als sonderbar zu betrachten. Die Probleme entstanden mit dem Eintritt in den Kindergarten. Elias zeigte kein grosses Interesse an anderen Kindern und spielte lieber für sich, vorwiegend Konstruktionsspiele. Beim Übertritt in die Schule nahmen die Schwierigkeiten zu. Nicht nur mit den anderen Kindern, sondern auch mit der Lehrerin gab es regelmässig Konflikte. Die zunehmenden Konzentrations- und Verhaltensprobleme in der Schule wurden mit dem Vorliegen einer ADHS erklärt. Das verschriebene Medikament brachte eine vorübergehende leichte Verbesserung. Dennoch konnte schliesslich die Versetzung in eine Klein-klasse nicht verhindert werden, was die

Situation aber nicht wirklich beruhigte. Am Ende schien die einzige Lösung ein Erziehungsheim. Eine Abklärung in meiner Praxis ergab dann allerdings die Diagnose „Asperger-Syndrom“. Die typischen Symptome, die sich einfach je länger je mehr hinter der ADHS und der Verhaltensstörung „versteckten“, waren: Grosse Kommunikationsdefizite (Unfähigkeit, die Absichten der anderen Kinder richtig zu deuten, Unfähigkeit, sich selber in Konfliktsituationen mit Worten auszudrücken); starke Fixierung auf Spezialinteressen und kaum Interesse für den normalen Schulstoff; stures Festhalten an gewohnten Verhaltensmustern. Nachdem die Diagnose gestellt war, wurde als wichtigste Massnahme eine Schulbegleiterin (Sozialpädagogin) eingestellt. Dies und eine gezielte Erziehungsberatung brachten schliesslich eine nachhaltige Verbesserung der Situation.

Brian, 9 Jahre

Auch bei Brian bestand in der Vorgeschichte eine ADHS-Diagnose. Zunehmende Schwierigkeiten in der Schule, sowohl mit anderen Kindern wie auch mit Lehrpersonen, führten schliesslich zu einer Versetzung in eine (private) Sonderschule, mit kleineren Klassen und individualisiertem Unterricht. Dies führte zu einer Beruhigung der schulischen Situation. Zu Hause nahmen die Probleme allerdings zu, einerseits wegen des egozentrischen Wesens des Knaben, andererseits wegen erheblicher Schwierigkeiten rund ums Essen. Zum Zeitpunkt der Überweisung in meine Praxis hatte sich eine massive Essstörung entwickelt, welche allerdings erst mit der

Zeit von mir richtig erkannt wurde. Gleichzeitig wurde den Eltern der Marburger Screening-Fragebogen zur Erfassung des Asperger-Syndroms (MBAS) zum Ausfüllen gegeben. Dieser bestätigte schliesslich die Vermutungs-Diagnose. Für die Eltern war die Erkenntnis, dass bei ihrem Kind zusätzlich zum ADHS eine Autismus-Spektrum-Störung vorliegt, eine grosse Erleichterung, bestätigte sie doch nur, was die Eltern schon seit längerer Zeit unerschwinglich vermuteten. Dennoch stellt die Behandlung der Essstörung nach wie vor eine grosse Herausforderung dar und ist noch keineswegs durchgestanden. Es ist dies ein eindrückliches Beispiel dafür, dass das Nicht-Erkennen der autistischen Symptomatik zu falschen pädagogischen Empfehlungen (Klare Regeln, konsequent sein !) führt, womit gerade Essstörungen nicht gebessert,

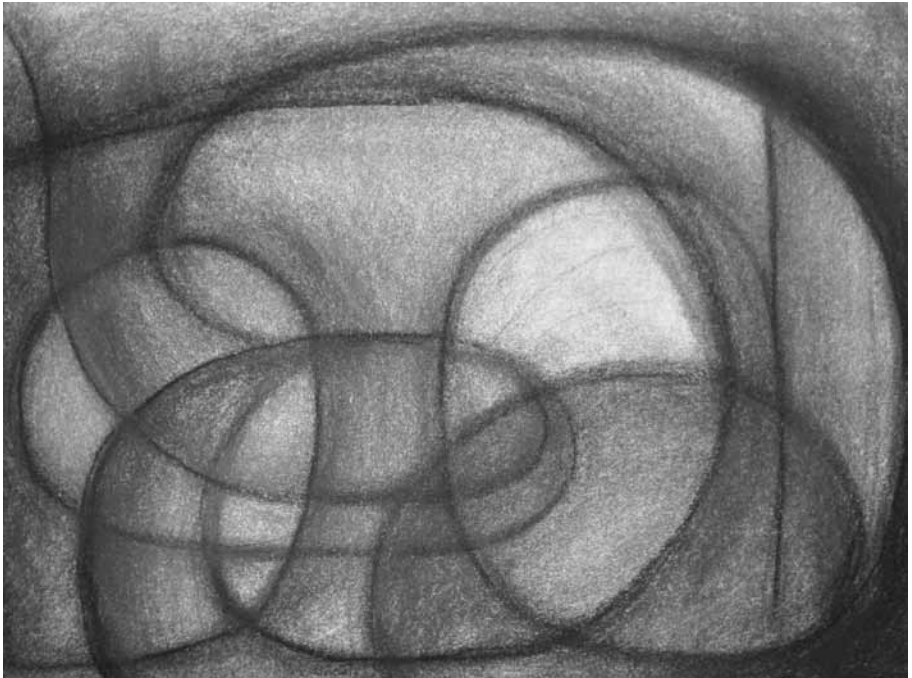
sondern verstärkt werden.

Das Asperger-Syndrom

Dieser Begriff nimmt bezug auf den Wiener Kinderarzt Hans Asperger, der erstmals 1943 eine Reihe von Kindern beschrieb, die ihm durch folgende Symptome auffielen:

- Starke Ich-Bezogenheit und eingeschränkte Interessen, die oft mit grosser Intensität verfolgt werden.
- Trotz guter Intelligenz auffallend starke Lern- und Konzentrationsprobleme.
- Grosse Probleme bei der selbständigen Bewältigung des Alltags, Tendenz zu sturem Verhalten und Angst/Widerstand gegen Veränderungen.
- Probleme in der Wahrnehmung und Steuerung von Emotionen, insbesondere Wut.
- Unfähigkeit, mit Gleichaltrigen alters-

Nadja Brantschen - Der Fluss des Lebens



gemässe Beziehungen einzugehen, Tendenz, die Gesellschaft von jüngeren Kindern oder Erwachsenen zu suchen.

Diese Aufzählung ist nicht abschliessend und weist vor allem auf Defizite in den Bereichen Kommunikation, soziale Interaktion und Handhabung von Gefühlen hin. Es muss aber betont werden, dass Kinder mit dem Asperger-Syndrom auch über positive Eigenschaften verfügen: Überdurchschnittliche Fähigkeiten in Spezialgebieten oder einzelnen Schulfächern, Ehrlichkeit, feinfühligler Umgang mit Tieren. Auch diese Aufzählung ist nicht abschliessend.

Die Fachleute sind sich heute darin einig, dass es verschiedene Störungen gibt, die in den Bereich des Autismus gehören, die bekanntesten sind der sogenannte Klassische (frühkindliche) Autismus und das Asperger-Syndrom. Und: diese Störungen sind nur auf dem Papier klar abgrenzbar, es gibt grosse Unterschiede im Ausmass der Störung, von leicht bis schwer, von geistig behindert bis hoch intelligent, von sprachlos bis äusserst redefreudig. Deshalb spricht man heute nicht mehr von Autismus sondern von einem Autismus-Spektrum.

Es wird auch von immer mehr Fachleuten darauf hingewiesen, dass es zwischen ADHS und Autismus-Spektrum Ähnlichkeiten und Überschneidungen bzw. Mischformen gibt.

Beiden Störungsformen ist gemeinsam, dass sie genetisch bedingt sind und dass es offenbar Schwierigkeiten bei der zentralen Verarbeitung von Wahrnehmung und Informationen gibt. Das Kind mit ADHS hat vor allem Probleme, aus der Fülle der Sinneseindrücke die relevanten von den irrelevanten zu trennen. So geht der Gesamtzusammenhang verloren und das Verhalten ist inkonstant und impulsiv. Bildhaft gesprochen sieht das betroffene

Kind vor lauter Bäumen den Wald nicht. Das Kind mit autistischer Wahrnehmung hat ebenfalls Probleme beim Ordnen der vielen Wahrnehmungsinhalte, es greift Einzelheiten heraus, gibt diesen zuviel Gewicht und verliert den Rest aus dem Auge. So geht ebenfalls der Gesamtzusammenhang verloren. Dieses Kind sieht den Wald nicht, weil es auf einige wenige Bäume fixiert bleibt. Dies führt zu einem unflexiblen und zuweilen sturen Verhalten.

Man ist sich heute unter Fachleuten einig, dass es zwischen ADHS und Autismus Gemeinsamkeiten gibt. So gibt es Kinder, die die diagnostischen Kriterien für beide Störungen erfüllen, und es gibt Familien, in welchen ein Kind von Autismus und ein Geschwister von einem ADHS betroffen ist. Uneinigkeit besteht in der Frage, ob es sich bei "doppelt" Betroffenen um echte Komorbidität (Zusammenfallen zweier Störungen, die an sich unabhängig von einander sind) handelt oder ob vielleicht das ADHS auch zum "Spektrum" gehört und quasi die mildeste Form einer autistischen Störung darstellt. Von den gleichen Stimulanzien profitieren nämlich nicht nur Kinder mit einer ADHS, sondern auch viele aus dem Autismus-Spektrum.

Die Unterscheidung bzw. Klärung der Diagnose-Schwerpunkte ist so oder so sehr wichtig, denn je nach Hauptdiagnose folgen daraus unterschiedliche therapeutische Konzepte. Kurz zusammengefasst: Kinder mit einer ADHS brauchen klare Regeln und klare Aufforderungen und reagieren in der Regel gut auf verhaltenstherapeutische Behandlungs- und Erziehungskonzepte. Bei Kindern aus dem Autismus-Spektrum hingegen ist es vorrangiger, an ihren kommunikativen und sozialen Defiziten zu arbeiten. Und der Umgang mit ihnen erfordert nicht in

erster Linie Konsequenz und Durchstehen von Konflikten, sondern v.a. Flexibilität und oft sogar Ausweichen vor Konflikten. Von Verhaltenstherapie profitieren auch Kinder aus dem Autismus-Spektrum, es ist aber wichtig, dass sie Teil eines für Autismus spezifischen Gesamtkonzepts ist.



Dr.med.
Thomas Girsberger
Facharzt für Kinder-
und Jugendpsychiatrie
eigene Praxis in
Liestal
spezialisiert auf ADHS
und Autismus-Spek-
trum.
58 Jahre alt, 2 erwach-
sene Söhne, in 2. Ehe
verheiratet