

Die vier häufigsten psychischen Fehl- diagnosen bei hochbegabten Kindern (Teil 1)

Kriterien, Abgrenzungen, Umgang in der Praxis

Warum wir auf das Thema aufmerksam machen

► Eine Klarstellung vorab: Hochbegabte sind als Gruppe nicht anfälliger für soziale und emotionale Schwierigkeiten als durchschnittlich begabte Menschen. Zu dem Schluss kamen schon unterschiedliche Studien in Deutschland und den USA (LMU München, NAGC – National Association for Gifted Children). Wie so häufig ist man sich jedoch auf wissenschaftlicher Ebene hier nicht ganz einig: Während einige Forscher der Meinung sind, hochbegabte Menschen seien psychisch gesünder als der Durchschnitt, sind andere davon überzeugt, dass Hochbegabte aufgrund ihrer Struktur und Intensität ein besonderes Risiko für Fehl- oder Doppeldiagnosen tragen. Fakt ist: Hochbegabte tragen einige spezielle Risikofaktoren (z. B. asynchrone Entwicklung, hoher Perfektionismus, erhöhte Sensitivität oder lang andauernde Unterforderung) und sind dadurch gefährdet. Zudem haben sie andere Bedürfnisse als durchschnittlich intelligente Menschen, beispielsweise bezüglich ihrer Schulsituation.

In diesem Beitrag möchten wir auf eine „moderne Tragödie“ aufmerksam machen. Sie besteht in erster Linie in einer Fehlinterpretation von üblichen Merkmalen Hochbegabter als klinische Störung. Hochbegabte Kinder können beispielsweise ganz ähnliche Verhaltensauffälligkeiten zeigen wie Gleichaltrige und selbstverständlich klinisch relevante Symptome entwickeln. Jedoch besteht bei ihnen in den allermeisten Fällen ein sehr deutlicher Zusammenhang zur (Schul-)Situation, was bei einer

diagnostischen Vorgehensweise, die auf das Aufdecken von Störungen ausgerichtet ist, meistens außer Acht bleibt. Führende Wissenschaftler auf dem Gebiet der Hochbegabung meinen, für Hochbegabte gäbe es in den allermeisten Fällen eine bessere Erklärung als eine klinische Diagnose.

Unsere jahrzehntelange Erfahrung im Bereich Hochbegabung zeigt, dass viele sehr intelligente Menschen von gut ausgebildeten, gut meinenden Fachleuten – ohne entsprechende Kenntnisse im Bereich Hochbegabung – Fehldiagnosen bekommen und dadurch unnötig leiden. Sie erhalten unnötige, stigmatisierende Etiketten, die unter anderem zu negativen Auswirkungen auf das Selbstbild und das Selbstwertgefühl führen. Einige Fehldiagnosen, die im Kindesalter vergeben werden, haben gravierend einschränkende Auswirkungen auf die berufliche Entwicklung oder führen zu Schwierigkeiten in Bezug auf Kranken- und andere Versicherungen im Erwachsenenalter. Teilweise werden unnötige, überflüssige medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungen angesetzt. Das Gravierendste jedoch: Die adäquate Intervention bleibt diesen Kindern verwehrt, das heißt, sie bekommen nicht die Hilfe, die sie dringend benötigen. An der Situation des Kindes wird sich nichts verändern, solange die Hochbegabungskomponenten bei der Behandlungsplanung nicht berücksichtigt werden.

Bei auffälligen Kindern denken die meisten Lehrkräfte beispielsweise primär an eine psychische Störung und nicht an eine Unterforderung. Bei einem zweifach oder mehrfach außergewöhnlichen Kind

konzentriert man sich in der Regel auf die Störung und nicht auf die hohe Begabung – das heißt, das hohe Potenzial bleibt unberücksichtigt. Dies trifft zum Beispiel sehr häufig auf hochbegabte Kinder mit Rechtschreibschwierigkeiten oder anderen Teilleistungsstörungen zu.

Studien belegen eine enorme Zunahme von klinischen Diagnosen in den letzten Jahrzehnten. Allein bei der Diagnose ADHS wurde in den USA zwischen 2000 und 2010 eine Zunahme von 66 % registriert, 90 % dieser Kinder wurden medikamentös behandelt, auch im Alter von zwei bis drei Jahren.

Vielen Kindern wäre schon sehr geholfen, wenn sich Bezugs- und Betreuungspersonen, Kinderärzte, Lehrkräfte und Therapeuten vor der Aussprache einer (Verdachts-)Diagnose drei einfache Fragen stellen würden: 1. Was spricht für eine klinische Diagnose? 2. Was spricht dagegen/ist damit nicht kompatibel? 3. Was könnte es sonst noch sein?

Auch sehr pragmatische kleine Hilfestellungen können zu einer Fokusänderung verhelfen und die häufig anzutreffende Defizitorientierung in unserem System minimieren. Hilfreich kann es schon sein, sich zu vergegenwärtigen, dass nicht jedes unruhige Kind ADHS hat. Nicht jedes Kind, das Sie nicht anschaut, hat ein Asperger-Syndrom. Nicht jedes Kind, das sich Sorgen macht, hat eine Angststörung. Nicht jedes Kind, das nicht gerne mit Gleichaltrigen spielt, ist ein Autist oder ist verhaltensauffällig. Nicht jedes Kind, das sehr sensibel und emotional reagiert, hat eine affektive Störung. Bei Hochbegabten finden sich im

Regelfall klare Indizien dafür, dass das gezeigte Verhalten meistens situationsspezifisch ist und mit einer klinischen Diagnose nicht kompatibel ist.

Gründe für häufige Fehldiagnosen bei Hochbegabung

Hauptursache für Fehldiagnosen ist oftmals der Mangel an Informationen über das Thema Hochbegabung. Für die Erwachsenen stellen wir fest, dass die charakteristischen Entwicklungspfade Hochbegabter nur den Fachleuten für Hochbegabung vertraut sind. Spezifische Persönlichkeitsmerkmale wie Perfektionismus, die Intensität von Emotionen und Verhalten oder eine erhöhte Sensitivität geben häufig Anlass zu Verwechslungen mit Symptomen psychischer Störungen. Die Ungenauigkeit der Fachpersonen bei der Diagnosestellung wie z.B. eine ungenaue Erhebung der Anamnese, eine mangelnde Exploration der Umweltbedingungen und vor allem die Nichtberücksichtigung der sehr hohen Intelligenz können zu Fehldiagnosen führen. Am häufigsten treffen wir wohl auf die Gleichsetzung von Begabung und Leistung und die daraus resultierenden falschen Erwartungen.

Bei Kindern sind die asynchronen Entwicklungen wohl die häufigste Ursache für Fehldiagnosen und falsche Maßnahmen. Diese Kinder sind ihrem Alter kognitiv oft weit voraus, sie wirken überaus vernünftig im Gespräch. Dies führt schnell zu hohen Ansprüchen vonseiten der Erwachsenen und zu Überforderung, denn diese Kinder haben die emotionalen Bedürfnisse ihres chronologischen Alters. Auch die Inter-

essen von hochbegabten Kindern muten manchmal eigenartig an und treffen nicht auf die Interessen Gleichaltriger. Denk- und Lernstile sind oftmals kreativ und passen nicht ins geforderte Antwortmuster. Teilleistungsstörungen überdecken oft die kognitiven Fähigkeiten, denn kaum jemand hört noch auf die differenzierte mündliche Ausdrucksweise bei einem Kind mit schwacher Lese- oder Rechtschreibleistung. Die Intensität ihrer Gefühle, die oftmals erhöhte Wahrnehmung und Sensitivität in verschiedenen Bereichen, ihren Perfektionismus sowie Idealismus und ihren Gerechtigkeitsinn empfinden hochbegabte Jugendliche häufig selbst als „zu viel“, nicht passend und als Last.

Doch wie kommt man zu Diagnosen? Die klinisch-diagnostischen Leitlinien, nach denen sich alle medizinischen und psychotherapeutischen Fachleute richten, sind im ICD 10 (WHO – Weltgesundheitsorganisation) oder DSM V (APA – American Psychological Association) aufgelistet. Diagnostische Kriterien beziehen sich immer auf die Symptome, die Häufigkeit des Auftretens und die Dauer des Auftretens. Bei diversen Störungsbildern gibt es Überschneidungen, die bei einer weniger sorgfältigen Analyse oft missverstanden werden und zu Fehldiagnosen führen können. Alle Diagnosen werden zudem symptombezogen gegeben. Die Entstehungsgeschichte oder die Person-Umwelt-Perspektive haben kaum Gewicht.

Stellt man als Quelle für ein auffallendes Rückzugsverhalten und Freudlosigkeit eines Kindes mit kognitiver Hochbegabung eine langjährige Unterforderung im

Unterricht fest, treffen die Symptome einer depressiven Verstimmung sicher zu, die „Behandlung“ muss aber eine gänzlich andere sein als bei einem durchschnittlich begabten Kind mit der gleichen Symptomatik. Eine gute Übersicht über klinische Symptome, eine mögliche Erklärung bei Hochbegabten und eine mögliche klinische Fehldiagnose findet man in dem deutschsprachigen Flyer von SENG, Fehldiagnosen bei hochbegabten Kindern.

Die vier häufigsten Fehldiagnosen bei hochbegabten Kindern und Jugendlichen

Die häufigsten Diagnosen und auch Fehldiagnosen bei hochbegabten Kindern, denen wir begegnen, sind die einer Aufmerksamkeitsstörung mit und ohne Hyperaktivität (ADHS und ADS), die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten, die kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, insbesondere der Depression, sowie die Autismus-Spektrumsstörung, insbesondere das Asperger-Syndrom.

>>

>> **Aufmerksamkeitsstörungen, ADHS, ADS, ICD 10: F 90.**

Die Störung beginnt gewöhnlich in den ersten fünf Lebensjahren. Sie zeichnet sich aus durch eine Kombination von überaktivem, wenig moduliertem Verhalten mit deutlicher Unaufmerksamkeit und Mangel an Ausdauer bei Aufgabenstellungen. Das Verhalten ist situationsunabhängig und zeitstabil.

Als diagnostische Kriterien werden Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität genannt, d.h., eine festgelegte Anzahl von Symptomen zu den drei Punkten muss vorhanden sein, um eine Störungsdiagnose zu vergeben.

Als Kriterien für Unaufmerksamkeit werden genannt: ist wenig sorgsam bei der Erledigung von Schulaufgaben, zeigt nur eine kurze Aufmerksamkeitsspanne beim Arbeiten und Spielen, wird schnell ablenkt durch verschiedene Reize, vergisst Sachen oder Anweisungen, ist schlecht organisiert, vermeidet Aufgaben, die es anstrengen, verliert häufig Gegenstände. Mindestens sechs Symptome müssen häufig auftreten.

Bei der Hyperaktivität wird beschrieben: das Kind zappelt, fuchtelt mit Händen und Füßen, bleibt nicht sitzen, läuft im Klassenraum umher, kann nicht ruhig spielen, redet oft übermäßig viel, ist oft unnötig laut beim Spielen. Mindestens drei Kriterien müssen erfüllt sein.

Bei der Impulsivität wird beschrieben: das Kind redet dazwischen, platzt mit Antworten heraus, unterbricht andere, kann nicht abwarten, redet häufig exzessiv. Mindestens ein Kriterium muss erfüllt sein.

In allen Bereichen müssen die Kriterien über einen Zeitraum von sechs

Monaten bestehen. Sie müssen vor dem siebten Lebensjahr begonnen haben. Die Symptome müssen situationsübergreifend vorhanden sein, z.B. im Klassenraum und auch beim Spielen zu Hause und von mehreren Beobachtern bestätigt werden. Die Symptome müssen deutliches Leiden verursachen oder die soziale oder schulische Funktionstüchtigkeit beeinträchtigen. Die Aufmerksamkeitsstörung muss abgegrenzt werden von anderen psychischen Störungen mit ähnlichen Symptomen, z.B. von einer Unruhe, die bei einer Angststörung vorkommt, dem Aufmerksamkeitsverlust und der Vergesslichkeit, die bei einer depressiven Störung vorkommen, der Impulsivität und dem Rededrang, die bei einer manischen Störung entstehen.

Zu den hochbegabten Kindern gibt es eine Vielzahl von Ähnlichkeiten im Verhalten. Hochbegabte Kinder haben viel Energie und verbreiten oftmals Unruhe durch ihren Drang, möglichst viel in kurzer Zeit zu erfahren. Sie zeigen oftmals einen großen Mitteilungsdrang von vorhandenem Wissen, platzen im Unterricht mit ihrem Wissen oder auch mit ihren Fragen heraus und wirken so sehr impulsiv. Hochbegabten Kindern unterlaufen häufig Flüchtigkeitsfehler bei repetitiven Aufgaben, wenn das Kind sich in Gedanken mit anderen Dingen beschäftigt. Hochbegabte Kinder reden und fragen ununterbrochen und wirken daher zeitweise hyperaktiv.

Sehr deutlich wird aber immer, dass sich hochbegabte Kinder über längere Zeit mit einer Sache, die sie interessiert, beschäftigen können. Dann gehen sie so sehr in ihrer Beschäftigung auf, dass sie ihre Umwelt vergessen und nichts anderes hören und sehen als das, was sie gerade

erforschen. Ihre Konzentrationsfähigkeit ist hoch ausgeprägt bei allem Neuen, sie denken mit und stellen gezielte Fragen. Häufig stellen Lehrer fest, dass Kinder ihre Fragen zu Inhalten durchaus korrekt beantworten können, obwohl sie abgelenkt, verträumt und mit anderen Dingen beschäftigt erscheinen.

Es ist augenscheinlich, dass der Differenzialdiagnostik aufgrund der Überschneidungen der Symptome für eine Aufmerksamkeitsstörung und eine Hochbegabung eine große Wichtigkeit zukommt.

Die medikamentöse Behandlung eines Kindes mit ADHS kann helfen bezüglich sozialer Ausgrenzung und schulischem Misserfolg. Sie ist notwendig und hilfreich bei einem schweren ADHS. Zuvor muss zwingend ein Jahr Psychotherapie vorgeschaltet sein, in dem Strukturen, Emotionsregulierung und Beratung gegeben werden.

Was können Lehrer bei einem hochbegabten Kind mit großer Unruhe oder Flüchtigkeitsfehlern tun? Hochbegabte Kinder, die schnell verstehen, den Unterrichtsstoff schnell gelernt haben, leiden bei langsamen Ausführungen, beim „Warten“ auf andere oder den typischen Wiederholungsaufgaben. Hier helfen ähnliche, aber herausfordernde Aufgabenformate, um ihnen gerecht zu werden und Unterforderung zu vermeiden. Ihr Aufmerksamkeitslevel bleibt nur erhalten, wenn weiterführende oder vertiefende Aufgaben gegeben werden.

Bei lang andauernder Unterforderung droht Energieverlust, der Verlust von Anstrengungsbereitschaft, Ausdauer und Aufmerksamkeitsverlust, d.h. ein sogenanntes Underachievement. Ist Underachievement erst einmal eingetreten,

hilft es nicht mehr, einfach nur herausfordernde Aufgaben zu geben. Dann muss Motivation und Energie zunächst über lange Zeit mühsam wieder aufgebaut werden. Daher gilt es vorzubeugen und von Beginn an die passenden Aufgaben zu geben.

Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten; ICD 10: F 91.3

Die Störung mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten ist ein Unterpunkt der Störung des Sozialverhaltens und wird sehr häufig bei hochbegabten Kindern vergeben. Unsoziales, gewalttätiges oder delinquentes Verhalten, das allgemein zur Störung des Sozialverhaltens gehört, gibt es bei hochbegabten Kindern in der Regel nicht. Aufsässiges, verweigerndes Verhalten und Machtkämpfe mit Eltern und Lehrer sind jedoch recht häufig.

James Webb berichtet in seinem Buch Doppeldiagnosen und Fehldiagnosen von Jamal, einem außergewöhnlich intelligenten Jungen mit eisernem Willen, der sich weigerte, den Anordnungen seiner Eltern Folge zu leisten. Er räumte nicht auf. Er verweigerte kleine Aufgaben im Haushalt. Er beachtete es nicht, wenn die Eltern ihn zum Essen o.Ä. riefen. Ein Psychologe schlug ein „Token System“ mit Smilies vor, wenn er gehorchte, und die Wegnahme von Spielsachen und Gegenständen, wenn er sich verweigerte. Nach einigen Wochen waren kaum noch Gegenstände im Zimmer von Jamal. Jamal gab an, dass er sich grundsätzlich nicht manipulieren lasse.

Diagnostische Kriterien für Störungen mit oppositionellem Verhalten bzw. Trotzverhalten sind: das Kind wird schnell wütend, streitet häufig mit Erwachsenen, widersetzt sich häufig aktiv

den Anweisungen oder Regeln von Erwachsenen oder weigert sich diese zu befolgen, ärgert andere absichtlich, schiebt häufig die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere, ist häufig reizbar oder lässt sich von anderen leicht ärgern, ist häufig zornig oder ärgert sich schnell, ist häufig boshaft und rachsüchtig, schikaniert oder schüchtert andere häufig ein. Zwei Kriterien müssen mit hoher Ausprägung vorhanden sein.

Das oppositionelle Verhalten hochbegabter Kinder hat häufig mit deren Idealismus und Perfektionismus zu tun. Sie stellen fest, dass die Eltern oder Lehrer ihren Idealen nicht entsprechen und sind enttäuscht und wütend. Natürlich stellen sie fest, dass auch sie selbst Missstände nicht verändern können oder ihren eigenen Ansprüchen nicht gerecht werden. Daher werden sie wütend über sich selbst und fühlen sich über ihre eigene Unzulänglichkeit gekränkt. Sie sind oftmals respektlos und rebellisch im Umgang mit Erwachsenen, manchmal sind sie sogar arrogant und streiten über moralische, ethische und soziale Fragen, bei denen man sich über ihre Sachkunde wundert. Das oppositionelle Verhalten bei hochbegabten Kindern hat also meist eine andere Quelle und eine andere Qualität.

Kinder mit oppositionellem Verhalten sind für Eltern und Lehrer anstrengend und herausfordernd. Oftmals werden Machtkämpfe ausgelöst, da der Erwachsene seine Autorität demonstrieren will und es kommt zu einer fatalen Spirale mit immer härteren Auseinandersetzungen. Unterordnung unter das ach so kluge Kind, wie man es manchmal bei Eltern sieht, ist natürlich nicht das Gebot. Ein Bemühen um Verstehen der wirklichen Motive und Gefühle des Kindes und ein

Gespräch darüber sind immer hilfreich. Der Verweis auf bestehende Regeln und schon einmal getroffene Absprachen holt die wütenden Kinder meist zurück in die Realität. Eine möglichst neutrale Sprache hilft zu deeskalieren. Wenn hochbegabte Kinder entdecken, dass ein Miteinanderreden und ein sozialverträglicheres Verhalten effektiver sind, dann sind sie in der Lage sich umzustellen.

Teil 2 dieses Berichts erscheint im Labyrinth 136 und beleuchtet die Fehldiagnosen: „Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung, ICD 10: F 92“ und „Asperger-Syndrom und Autismus-Spektrums-Störung, ICD 10: F 84.5“. ■

Autorinnen



Foto: privat

Inga Liebert-Cop (links),
Suzana Zirbes-Domke (rechts)
– Inga Liebert-Cop, Dipl.-Päd., Dipl.-Psych., Psychol. Psychotherapeutin, ICBF Univ. Münster
– Dipl.-Psychologin Suzana Zirbes-Domke: Psychologische Praxis für Hochbegabungsdagnostik und Beratung, Ahrensburg