

Autismus-Spektrum-Störungen vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter

Klinische Aspekte, Differenzialdiagnose und Therapie

M. Biscaldi¹; R. Rauh¹; L. Tebartz van Elst²; A. Riedel²

¹Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsklinikum Freiburg; ²Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg

Schlüsselwörter

Hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen, Komorbidität, Langzeitverlauf, Funktionsniveau, Lebensqualität, Training der sozialen Kompetenzen

Zusammenfassung

Störungen aus dem Autismus-Spektrum haben stark an öffentlichem Interesse gewonnen. Der verstärkte Blick auf die hochfunktionalen Formen von Autismus, auch von professioneller Seite, führt zu höheren Diagnoseraten und einem spezifischeren Versorgungsbedarf. Während sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein breites Angebotsspektrum für Menschen mit Autismus entwickelt hat, hinkt die Versorgungssituation in der Erwachsenenpsychiatrie noch weitgehend hinterher. So sucht man in den fachärztlichen Ausbildungskatalogen ebenso vergeblich nach der Diagnose „Autismus“ wie in den Einschlussdiagnosen psychiatrischer Institutsambulanzen. Dabei zeigt sich im klinischen Alltag, dass eine korrekte Erkennung des Störungsbildes, die Berücksichtigung der komorbiden Störungen und ein zeitnaher Einsatz von therapeutischen und sozialpsychiatrischen Maßnahmen die Prognose erheblich verbessern können, wobei nach wie vor ein dringender Bedarf an Therapieevaluation und Langzeitstudien besteht. Dieser Übersichtsartikel fasst die wesentlichen Aspekte von Symptomatik, Diagnostik, Therapie und Verlauf zusammen, mit besonderem Augenmerk auf die hochfunktionalen Formen der Autismus-Spektrum-Störungen.

Korrespondenzadresse

Dr. Monica Biscaldi-Schäfer, Dr. Andreas Riedel
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
im Erwachsenen-, Kindes- und Jugendalter
Universitätsklinikum Freiburg, Hauptstr. 8,
79104 Freiburg, Tel. 0761/270-65550; Fax -69490
monica.biscaldi-schaefer@uniklinik-freiburg.de
andreas.riedel@uniklinik-freiburg.de

Keywords

High-functioning autism spectrum disorders, comorbidity, long-term course, functioning, quality of life, social skills training

Summary

Autism spectrum disorders have increasingly gained public interest. The intensified focus (also from experts) on high functioning forms of autism leads to an increased prevalence of autism diagnoses and a more specific need for treatment. While a wide range of treatment methods for autism has been developed within child and adolescent psychiatry, the treatment situation within adult psychiatry generally still lags behind to a great extent. Hence, screening training curricula for medical specialists for the diagnosis „autism“ is as futile as searching within institutional psychiatric outpatient departments. As shown in daily clinical routine however, an accurate assessment of the clinical features, combined with due consideration of the frequent comorbidities and the prompt application of therapeutic and socio-psychiatric measures, can substantially improve the prognosis – whereas there remains an urgent need for both treatment evaluation and long-term studies. This review outlines the essential aspects of symptomatology, clinical diagnostics, therapy and course of disease with particular emphasis on the high functioning forms of autism spectrum disorders.

Autism spectrum disorders across the life span – clinical, diagnostic and therapeutic aspects

Nervenheilkunde 2012; 31: 498–507

Eingegangen am: 23. März 2012;
angenommen am: 24. April 2012

Das Interesse der Öffentlichkeit an der Thematik „Autismus“ scheint seit Beginn des neuen Jahrtausends explodiert zu sein. Dies liegt nicht zuletzt an einer intensiven Thematisierung des Störungsbildes in den Medien, z. B. in zahlreichen Printbeiträgen, in Filmen wie „Rainman“, „Snow Cake“, „Adam“, „Mozart and the Whale“ und in TV-Beiträgen, z. B. im ARD-Zweiteiler „Der kalte Himmel“. Wurde Autismus früher mit schweren Verlaufsformen in Verbindung gebracht, wendet sich das Interesse eher milderer Formen innerhalb des Autismusspektrums zu. Verstärkt wird das Interesse an hochfunktionalen Autismusformen durch eine wachsende Zahl autobiografischer Darstellungen, z. B. Daniel Tammet, Axel Brauns. Das Thema Autismus wurde meist von Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten, vereinzelt auch von Erwachsenenpsychiatern und -psychotherapeuten, aus der spezifischen disziplinären Perspektive in den Blick genommen. Damit wird dem Faktum nicht Rechnung getragen, dass autistische Störungen die *ganze Lebensspanne* prägen, oft mit einer chronischen Behinderung einhergehen und eine *stetige* Begleitung erfordern. Vor dem Hintergrund dieser Beobachtung ist es Ziel dieses Artikels, eine das Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter umfassende Perspektive auf Autismus-Spektrum-Störungen einzunehmen. Dabei soll ein Überblick über Symptomatik, Ätiologie, diagnostische Problematik, Interventions- und Fördermöglichkeiten gegeben werden, wobei der Schwerpunkt auf hochfunktionalen Autismusformen liegt. Nicht zuletzt soll deutlich werden, dass autistische Störungen eine relevante Problematik im Erwachsenenalter darstellen: Betroffene, die in der Kindheit wegen leichterer Ausprägungsformen oder aufgrund einer besonders hohen Intelligenz nicht diagnos-

tiziert wurden, stellen sich oft bei Erwachsenenpsychiatern und -psychotherapeuten aufgrund der erheblichen sekundären Komorbiditäten wie Depressionen, Angst-erkrankungen, psychosozialen Belastungsreaktionen oder psychotischen Dekompensationen vor. Das Erkennen der primären Störung ist essenziell, um adäquate therapeutische und sozialpsychiatrische Maßnahmen in die Wege leiten zu können.

Definition und Probleme der Klassifikation

Die ICD-10 (53) beschreibt Autismus-Spektrum-Störungen innerhalb des Komplexes der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (ICD-10: F84.x). Darunter werden Formen von *abweichender* und verzögerter Entwicklung verstanden. Laut Klassifikationen werden die autistischen Störungen in drei Kategorien unterteilt:

- frühkindlicher Autismus (F84.0),
- Asperger-Syndrom (F84.5) und
- atypischer Autismus (F84.1).

Die Symptomatik aller tiefgreifenden Entwicklungsstörungen wird nach ICD-10 in drei Hauptsymptomkomplexen zusammengefasst:

- Qualitative Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion: Besonderheiten beim Blickkontakt und Körperhaltung, wenig Mimik und Gestik, Schwierigkeiten, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzunehmen und aufrechtzuerhalten, Mangel an geteilter Aufmerksamkeit und/oder Freude, Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit.
- Qualitative Auffälligkeiten der Kommunikation und der Sprache. Bei der Hälfte der Kinder mit frühkindlichem Autismus liegt entweder keine oder eine nur unverständliche Sprache vor, sie kompensieren diese mangelnden Sprachfähigkeiten nicht mit Mimik und Gestik, und die Sprache – wenn vorhanden – hat eher einen stereotypen, repetitiven Charakter. Im Bereich des hochfunktionalen (high-functioning) Autismus und des Asperger-Syndroms sind qualitative Auffälligkeiten der Sprache zu vermerken, wie auffällige Prosodie, Stimmhöhe oder Betonung und situati-

onsinadäquate Lautstärke. Hans Asperger (4) bemerkte, dass die von ihm beschriebenen Patienten „wie kleine Professoren“ sprächen. Darüber hinaus weisen die meisten Kinder mit Autismus eine Verzögerung oder Abwesenheit der Imitationsfähigkeit sowie des „So tun als ob“ und Fantasie-Spielens auf.

- Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten. Die Betroffenen beschäftigen sich mit stereotypen, ungewöhnlichen Handlungen und eng begrenzten Spezialinteressen (z. B. Straßenfahrzeuge, Fahrpläne, elektrische Geräte, Sammeln ungewöhnlicher Gegenstände, intensives und über das normale Maß hinausgehendes Interesse an naturwissenschaftlichem, mathematischem oder lexikalischem Wissen). Motorische Manierismen (z. B. Flattern mit den Händen bei Freude oder rhythmische Schaukelbewegungen), die Beschäftigung mit Teilobjekten und ihren sensorischen Qualitäten (z. B. wie sie riechen oder sich anfühlen) zählen hierzu. Ein weiteres Symptom besteht darin, dass viele Menschen mit autistischen Störungen bemüht sind, eine strikte Ordnung in Form von Gleichförmigkeit der Umwelt und festen Tagesabläufen in ihrem Leben zu etablieren. Kleinste Abweichungen können als bedrohend erlebt werden und zu Anspannungszuständen und Wut führen.

Um die Diagnose „frühkindlicher Autismus“ stellen zu können, sollte zusätzlich zu diesen Kriterien eine deutlich auffällige Entwicklung im sprachlichen Bereich vor dem 3. Lebensjahr vorhanden sein, wobei in drei Viertel der Fälle eine Intelligenzminderung besteht. Menschen mit Asperger-Syndrom (AS) haben per Definition keine allgemeine Entwicklungsverzögerung, keinen unterdurchschnittlichen IQ und keine abnorme Sprachentwicklung. Ansonsten entsprechen die diagnostischen Kriterien denjenigen des frühkindlichen hochfunktionalen Autismus (HFA, mit nicht unterdurchschnittlichem IQ). Der atypische Autismus (AA) wird nach ICD-10 dadurch unterschieden, dass die diagnostischen Kriterien nicht in allen drei Bereichen erfüllt sind. AA wird hauptsächlich durch Ausschluss von frühkindlichem Autismus und

AS bei bestehenden autistischem Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion definiert. In der Praxis wird diese Kategorie oft benutzt, wenn die Abgrenzung zu anderen Entwicklungsstörungen (z. B. Intelligenzminderung, Sprachentwicklungsstörungen) sowie zu der häufig komorbid auftretenden Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) schwierig ist.

Diese diagnostische Einteilung befindet sich im Umbruch. Im DSM-IV (3) fehlt beispielsweise eine eigene diagnostische Kategorie für das AS, die Frage der Differenzierung zwischen HFA und AS bleibt damit im DSM-IV offen. Außerdem sind diverse wissenschaftliche Studien beim Versuch, die verschiedenen Autismus-Diagnosen nach validen und konsistenten Kriterien zu differenzieren, gescheitert. Daher wird in der gegenwärtigen klinischen Praxis hauptsächlich von Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) gesprochen (51).

Die Hypothese von einer Spektrumerkrankung deckt sich mit eigenen Studienergebnissen: In einer katamnestic Untersuchung, die sich auf zwischen 2000 bis 2005 diagnostizierte Fälle unserer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter bezog (30, 46), konnten wir kaum Unterschiede zwischen den vermeintlich unterschiedlichen Diagnosegruppen AS und HFA finden: Weder bei den autistischem spezifischen Frühauffälligkeiten, noch bei der aktuellen Symptomatik ließen sich die Gruppen zuverlässig voneinander abgrenzen. Es besteht außerdem Evidenz dafür, dass der Übergang von hochfunktionalen Formen des Autismus zu „autistischen Zügen ohne Krankheitswert“ fließend ist (► www.DSM5.org).

Eine nosologische Schwierigkeit ist die Abgrenzung der ASS zu genetischen Syndromen, die häufig mit autistischen Symptomen einhergehen. Aitken (1) benennt über 80 Syndrome, die autistische Auffälligkeiten zeigen oder sich mit Autismus als Leitsymptom präsentieren können und deren differenzialdiagnostische Unterscheidung zu einem „genuinen“ Autismus oft gar nicht oder nur mit aufwendiger humanogenetischer Diagnostik möglich ist, z. B. das fragile-X-Syndrom (Prämutation), die Inversionsduplikation des Chromosoms 15 (Idic-15), das Lujan-Fryns- und Noonan-Syndrom.

Wie häufig sind Autismus-Spektrum-Störungen?

Die Prävalenz der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen wird in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach epidemiologischen Untersuchungen unter Einbeziehung von strengen diagnostischen Kriterien auf 62,6/10 000 (ca. 1 von 150 Kindern) geschätzt, wobei Jungen häufiger betroffen sind als Mädchen (3,5:1) (22, 23). Eine britische Studie stellte eine Prävalenz von ca. 1% fest (5). Eine Studie im Erwachsenenbereich, in welcher 7 500 zufällig ausgewählte Erwachsene eine Autismus-Diagnostik durchliefen, erbrachte eine Prävalenz autistischer Störungen von 9,8 pro 1 000 bei einem 95%-Konfidenzintervall von 3,0 bis 16,5 (15). Diese Studie bestätigt, dass es keine Altersabhängigkeit der Prävalenz gibt, und liefert Hinweise, dass die Zunahme der Diagnoserate wahrscheinlich nicht auf einer tatsächlichen Zunahme der Erkrankungsrate basiert, sondern mit der erhöhten Erkennungsrate zu erklären ist.

Diagnostik

Der international anerkannte „Gold-Standard“ der Autismus-Diagnostik im Kindes- und Jugendalter umfasst Screeningverfahren, das Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R; Diagnostisches Interview für Autismus – revidiert; 14), das als Interview mit der/den Bezugsperson/en durchgeführt wird und die Autism Diagnostic Observation Scale (ADOS; eine standardisierte Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen; 47). In Kombination liefern diese Instrumente eine ausführliche und sehr zuverlässige Diagnose. Die Befragung von Bezugspersonen ist bei der Diagnostik autistischer Störungen gleich welchen Alters sehr wichtig, da viele relevante Entwicklungsdaten nur durch Fremdanamnese zugänglich sind. Zu den am häufigsten verwendeten und am besten abgesicherten Screeningverfahren zählt der Fragebogen zur sozialen Kommunikation (FSK; 12). Als weiterer Fragebogen in deutscher Sprache ist die „Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom“ (MBAS; 35) zu nennen. Die Skala zur Erfas-

sung sozialer Reaktivität (SRS; 13) bietet als einziger Fragebogen eine dimensionale Diagnostik der Symptomatik in allen drei Symptomkomplexen und eignet sich für die Evaluation von Therapien, zur Verlaufskontrolle und zum Einsatz in der Forschung.

Der diagnostische „Gold-Standard“ für AS und AA entspricht demjenigen für frühkindlichen Autismus. Allerdings stellt man im klinischen Alltag oft fest, dass ältere Jugendliche und insbesondere Erwachsene mit AS und guten kognitiven Fähigkeiten ihre Probleme in der sozialen Interaktion und Kommunikation so weit kompensieren, dass die ADOS-Diagnostik nur grenzwertig positiv wird oder gar negativ bleibt. Insbesondere Menschen mit AS und HFA entwickeln häufig ausgeklügelte Kompensationsstrategien für ihre autistischen Eigenheiten, sodass Symptome, die den Diagnostiker bei Kindern noch leiten können, bei Jugendlichen und Erwachsenen nicht mehr sichtbar sind.

Während die diagnostische Herangehensweise bei Kindern und Jugendlichen gut standardisiert ist, ist die Erstdiagnostik einer ASS im Erwachsenenalter durch verschiedenste Umstände erschwert und in Deutschland nicht standardisiert. Die Präsentation des Patienten kann manchmal Hinweise auf eine ASS geben, z. B. durch schwere psychosoziale Konflikte am Arbeitsplatz oder in den privaten Beziehungen, basierend auf fundamentalen Missverständnissen und Deutungsfehlern in der Kommunikation zwischen Menschen mit Autismus und Menschen ohne Autismus. Manchmal zeigen sich rasch typische Symptome, z. B. Hypomimie, fehlender Augenkontakt, stereotype oder monotone Prosodie, Konkretismus im Sprachverständnis, fehlendes Mimikverständnis, soziale Isolation, auffällige Sonderinteressen, rigides Festhalten an Tagesroutinen. Häufig stellen sich Betroffene aber wegen atypischer Symptome, z. B. mit psychosenahen Phänomenen, Zwangssymptomen, Anpassungsstörungen, Schlafstörungen oder verschiedenen Formen von „Erschöpfungsdepression“ vor. Da zu einer Diagnose im Erwachsenenalter die Zurückverfolgbarkeit der Symptome bis ins Kindesalter gehört, ist eine genaue Exploration von vergangenen Symptomen unerlässlich.

Schwierig wird es, wenn keine verlässliche Fremdanamnese für das Kindesalter zur Verfügung steht, sodass die Kindheitsanamnese aus eigenanamnestischen Angaben rekonstruiert werden muss. Auch wenn aus psychopathologischen Auffälligkeiten oft eine typische Konstellation autistischer Symptome herausgelesen werden kann, ist dies für eine gesicherte Diagnose nicht hinreichend, da vereinzelte „autistische Züge“ im Rahmen anderer psychiatrischer Erkrankungen oder als Normvariante auftreten können. Die Diagnose wird klinisch gestellt, folgende Instrumente können dabei sehr hilfreich sein: SRS (13), MBAS (35), australische Skala für das Asperger-Syndrom (ASAS, Elternfragebogen zum Screening auf autistumtypische Symptome; gut geeignet auch zur retrospektiven Erfassung kindlicher Symptome) (25), Autismusfragebogen AQ (7), Empathiefragebogen EQ (9), und Systemizing-Fragebogen SQ (8).

Neben den klassischen psychometrischen Instrumenten zur Messung und Beurteilung z. B. von Intelligenz, Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis, mentaler Flexibilität wurden einige neuropsychologische Testverfahren entwickelt, in denen spezifische Theory-of-Mind-Aufgaben, z. B. Reading-the-Mind-in-the-Eyes-Test (6) oder weitere Bereiche der sozialen Kognition (Movie for the Assessment of Social Cognition; MASC; 18) untersucht werden. Es muss darauf hingewiesen werden, dass diese Fragebögen lediglich zur Stellung eines Anfangsverdachts geeignet sind und für keinen der neuropsychologischen Tests eine adäquate Sensitivität und Spezifität für ASS im Erwachsenenalter nachgewiesen wurde.

Differenzialdiagnostisch nicht zu vergessen ist, dass eine ASS im Rahmen von anderen Erkrankungen auftreten können. So sind in der Literatur autistische Syndrome z. B. im Kontext perinataler Geburtskomplikationen, entzündlicher Hirnerkrankungen, von Epilepsien, von endokrinen Erkrankungen (z. B. adrenogenitales Syndrom), von Mitochondriopathien, von Phakomatosen wie der tuberosen Hirnsklerose oder im Zusammenhang mit anderen genetischen Syndromen beschrieben. Daher sollte neben einer differenzierten Labordiagnostik unbedingt eine Bildgebung des Gehirns sowie eine EEG-

Untersuchung im Rahmen der Basisdiagnostik durchgeführt werden. Neben einer besseren Einordnung und Klassifikation der jeweiligen Störung hat eine solche Diagnostik eventuell Einfluss auf die Therapie. So kann etwa beim Vorhandensein von Epilepsien oder subklinischen EEG-Pathologien der Einsatz von Antikonvulsiva zur Verbesserung von perzeptiven Filterproblemen oder Impulskontrollstörungen erzwungen werden.

Psychiatrische Differenzialdiagnosen und Komorbiditäten

Psychiatrische Komorbiditäten sind häufig bei ASS und bestimmend für Verlauf und Prognose. In den letzten Jahren wird die Frage diskutiert, wann und in welchem Umfang psychopathologische Merkmale, die eine ASS oft begleiten, als eigenständige komorbide Störungen diagnostiziert werden sollen (49). Leyfer et al. haben diese Frage in einer Stichprobe von 109 Kindern und Jugendlichen mit ASS untersucht und festgestellt, dass sehr häufig die Kriterien für eine ADHS, für Angst- und Zwangsstörungen, für depressive Erkrankungen und für oppositionelle Störungen des Sozialverhaltens erfüllt sind (38).

ADHS

Laut ICD-10 und DSM-IV gilt die ADHS als Ausschlussdiagnose für Autismus, das heißt, im Falle von deutlichen autistischen Symptomen und ADHS-Zügen sollen erstere als führende Symptomatik betrachtet werden und schließen eine eigenständige Diagnose ADHS aus. Andererseits sind oft begleitende Symptome von Unaufmerksamkeit, starker Ablenkbarkeit, Hyperaktivität, impulsivem Verhalten sowohl beim niedrig- als auch hochfunktionalen Autismus zu beobachten. Nach neueren Untersuchungen erfüllen 50 bis 60% der Kinder mit ASS gleichzeitig die diagnostischen Kriterien einer komorbiden ADHS und können von einer entsprechenden medikamentösen Behandlung profitieren (49). Somit wird in Fachkreisen vorgeschlagen, die ADHS als mögliche komorbide Störung zu ASS zuzulassen. Es ist allerdings zu vermerken, dass in der Tat bei ASS in jeder Alters-

stufe Konzentrationsprobleme, Unaufmerksamkeit und motorische Unruhe situativ auftreten können, z. B. in sozialen, für die Patienten unangenehmen Situationen, die eine besondere Überforderung darstellen. Diese Symptome sind eher Ausdruck der autistischen Symptomatik und sollten nicht automatisch als Zeichen einer ADHS fehlgedeutet werden; eine Behandlung mit Methylphenidat führt – nach unseren klinischen Beobachtungen – in vielen dieser Fälle häufig zu einem verstärkten Rückzug. Auch können Aufmerksamkeitsprobleme manchmal Ausdruck einer attentionalen Hyperfokussierung (im Rahmen des Autismus) sein, z. B. wenn die Betroffenen so vertieft sind in das, womit sie sich beschäftigen, dass alle Außenreize ausgeblendet werden. Ein Zurückziehen in Fantasiewelten ist häufig bei ASS. Dies wird gelegentlich in emotionalen Anspannungszuständen als Problemlösungsstrategie eingesetzt, wobei die betroffenen Menschen wie dissoziiert wirken können. Auch Probleme bei der Bewältigung und Organisation von Alltagsaktivitäten als Hinweis auf gestörte Exekutivfunktionen gehören zu ASS, sind aber im Jugend- und Erwachsenenalter nicht durch fehlende Ausdauer, sondern durch Unverständnis für die Anforderungen oder durch Überforderung gekennzeichnet.

Zwangsstörungen

Beim Autismus treten oft zwangähnliche, stereotype Verhaltensweisen auf, in der Regel jedoch ohne die zwangstypischen Befürchtungen, dass etwas passieren werde, und ohne die angstvoll erlebte Anspannung beim Unterlassen von Zwängen. Diese stehen in Zusammenhang mit dem Bedürfnis, die dingliche Umwelt starr und unverändert zu halten. Auch werden sie im Gegensatz zur genuinen Zwangsstörung meist als ich-synton erlebt. Nur wenn die Kriterien beider Erkrankungen erfüllt sind, sollten beide Diagnosen gestellt und entsprechend verhaltenstherapeutisch behandelt werden. In einer Studie (38) erfüllten 35% der Kinder und Jugendlichen mit ASS die Kriterien für eine Zwangsstörung. Hofvander et al. (31) untersuchten 122 erwachsene Patienten mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen auf Komorbiditäten und

fanden bei etwa 20% der autistischen Patienten eine zusätzliche Zwangsstörung.

Angststörungen

Ängste treten bei Autismus früh in der Lebensspanne auf. Viele Betroffene reagieren mit Widerstand, Ängstlichkeit, Wut und gelegentlich Aggression auf unerwartete Veränderungen. In einem Übersichtsartikel (50) werden Angststörungen als die häufigste komorbide Erkrankung bei ASS benannt. In einer Studie (38) fanden sich bei 44% der Kinder und Jugendlichen spezifische Phobien und jeweils 10% soziale Phobien oder Trennungsangst. Die soziale Phobie ist auf den ersten Blick von ASS schwer abzugrenzen, insbesondere bei minderschwerer Ausprägung der ASS. Bei beiden Gruppen besteht eine starke Anspannung bei bestimmten sozialen Situationen, wobei diese von Menschen mit sozialer Phobie als (überwertige) Furcht z. B. vor Erröten oder Stottern erlebt wird, von Menschen mit ASS eher als heftige Reizüberflutung, oder als realitätsnahe und durch entsprechende Erfahrungen begründbare Furcht, sich in komplexen Situationen unangemessen zu verhalten.

Affektive Störungen

Depressive Episoden treten häufig im Jugendalter bei hochfunktionalen ASS als Folge von Mobbing in der Schule, von Stress in sozialen Situationen oder von Versagensängsten auf, wenn Beziehungen zu Gleichaltrigen erwünscht sind, aber aufgrund der sozialen Defizite nicht gelingen. Die Zahlen für depressive Störungen in diesem Alter schwanken zwischen 10 und 25%, je nach Schweregrad der Symptomatik (38). Nach einer Erhebung leiden etwa 50% der erwachsenen Menschen mit einer ASS an einer affektiven Störung (31). Im Erwachsenenalter treten depressive Reaktionen gehäuft auf, wenn das gewohnte Umfeld verlassen wird, erhöhte Anforderungen an das Kommunikationsverhalten oder die Selbstorganisation gestellt werden oder wenn die dauernde kognitive Anpassungsleistung an soziale Spielregeln und jahrelange Reizüberflutung zu Erschöpfungszuständen geführt haben. Die oft fehlende Modulationsfähigkeit der Stimme

bzw. des Ausdruckes erschwert dabei häufig die Diagnose. Über ein gehäuftes gemeinsames Auftreten von ASS und bipolaren Störungen wird spekuliert. Bipolare Störungen, depressive Episoden und Anpassungsstörungen sind bei einem nachgewiesenen Asperger-Syndrom als komorbide psychische Störungen zu diagnostizieren und zu behandeln.

Schizophrenie und schizotypische Störung

Noch bis in die 1970er-Jahre wurde diskutiert, ob Autismus eine Form der Schizophrenie sei (21). Auch wenn diese Auffassung nicht mehr vertreten wird, ist doch eine diagnostische Differenzierung nicht immer einfach. Hofvander et al. beschrieben eine Prävalenz von 12% von komorbiden psychotischen Syndromen in einer Stichprobe von 122 erwachsenen Menschen mit ASS (31). Meist kurze, stressbedingte und voll remittierende Episoden schizophrener Symptomatik sind nach unserer klinischen Erfahrung nicht selten bei Menschen mit ASS. Inwieweit ein paranoid-halluzinatorisches Syndrom bei komorbider ASS die gleichzeitige Diagnose einer Schizophrenie rechtfertigen sollte, muss als wissenschaftlich offene Frage gelten. Die Klärung dieser Frage ist deshalb wichtig, weil sie therapeutische Konsequenzen hat: So würde die Deutung als stressbedingte schizophrener Dekompensation eher zu einer zeitlich begrenzten antipsychotischen Medikation führen, während die Deutung als komorbide Schizophrenie konzeptionell eher zu einer langfristigen Sekundärprophylaxe mit antidopaminergen Medikamenten führen würde. Nicht zuletzt aufgrund potenzieller Nebenwirkungen, ist die Klärung dieser offenen Frage aus klinischer Perspektive sehr wichtig.

In diesem Zusammenhang ist ferner zu beachten, dass die Besonderheiten der Wahrnehmung (akustische Überempfindlichkeit) und der Aufmerksamkeitsregulation (z. B. Abdriften in dissoziationsähnliche Zustände bei emotionaler Anspannung oder „Overloads“ bei Reizüberflutung) nicht vornehmlich als psychotische Symptome fehlgedeutet werden sollten. Auch der befremdliche Kommunikationsstil, mit dem mitunter über bizarre Themen monologisiert wird,

kann gelegentlich als psychotisch missverstanden werden: Oft kann eine differenzierte Erhebung des psychopathologischen Befundes im ausführlichen Gespräch mehr Klarheit schaffen.

Die meisten Symptome der schizotypen Störung können im Kontext einer ASS auftauchen (einschließlich gelegentlicher quasi-psychotischer Episoden). Da bei der schizotypen Störung die soziale Interaktion und Kommunikation gestört sein kann, ist es der Beginn der Auffälligkeiten, welcher die ASS von der schizotypen Störung unterscheidet (Kindheit bei ASS, Adoleszenz bei schizotyper Störung). Außerdem fehlen bei der schizotypen Störung die für die ASS charakteristischen Sonderinteressen, die hoch- bis überdifferenzierte Ausdrucksweise und die Stereotypien.

Persönlichkeitsstörungen

Bei ASS sind im Erwachsenenalter oft die Diagnosekriterien einer schizoiden Persönlichkeitsstörung erfüllt. Wie bei der schizotypen Störung ist es die Frage nach dem Beginn der Symptome, die Klarheit schafft. Häufige Verlegenheitsdiagnosen bei Erwachsenen mit ASS sind nach unserer klinischen Erfahrung (oft in Unkenntnis hochfunktionaler Autismusformen) kombinierte Persönlichkeitsstörungen mit z. B. narzisstischen, emotional-instabilen, paranoid-querulatorischen, dissozialen oder ängstlich-vermeidenden, anankastischen, selbstunsicheren Zügen. Diese Diagnosen leiten Patient und Behandler oft in die Irre, indem sie der Störung eine Psychodynamik zugrunde legen, die Menschen mit ASS absolut nicht gerecht wird, und eine Therapierbarkeit implizieren, deren Versprechen am Ende auf beiden Seiten zu großen Frustrationserfahrungen führen. Die Differenzialdiagnose ist nicht einfach, hilfreich sind dabei die Fremdanamnese für die Kindheit, die genaue Exploration von sprachlichen Auffälligkeiten (z. B. Konkretismus und fehlendes intuitives Ironieverständnis) und gelegentlich die Gegenübertragungsanalyse.

Suchterkrankungen

Sekundär zu ASS können im späten Jugend- oder Erwachsenenalter Suchterkrankungen auftreten.

Oft handelt es sich um Versuche, besser mit den vorhandenen sozialen und perzeptiven Problemen zurechtzukommen: Viele ASS-Patienten fühlen sich unter Alkohol weniger sozial gehemmt oder unter THC-Einfluss weniger reizüberflutet. Hofvander et al. (31) nennen eine Lebenszeitprävalenz, an einer stoffgebundenen Sucht zu erkranken, von 16%. Auch nicht stoffgebundene Suchterkrankungen (Internetsucht) beobachten wir gelegentlich.

Andere psychische und neurologische Störungen

Die Beobachtung, dass autistische Syndrome bei Menschen mit Epilepsien überdurchschnittlich häufig auftreten, wird von der Mehrheit der Autoren geteilt (11). Angaben zur Prävalenz von Epilepsien bei Autismus schwanken zwischen 5 und 38%. Mit bis zu 43% noch häufiger als klinisch manifeste Epilepsien finden sich EEG-Auffälligkeiten mit epileptiformen Mustern (26). Diese Auffälligkeiten sind Gegenstand einer wissenschaftlichen Diskussion.

Auch einfache Ticstörungen und das Tourette-Syndrom wurden als im Kindesalter gehäuft komorbid auftretende Erkrankungen beschrieben (34). In der Erhebung von Hofvander et al. (31) finden sich bei 20% von 122 Erwachsenen mit ASS chronische Tics in der Anamnese.

Spezifische Symptome wie Schlaf- und Essprobleme, selbstverletzendes Verhalten und Fremdaggressivität können bei allen Formen von ASS in jedem Alter auftreten. Nach unserer klinischen Erfahrung klagen viele Menschen mit hochfunktionalen ASS über Schlafstörungen sowie über unterschiedlichste körperliche Symptome, welche nicht selten zur Diagnose einer somatoformen Störung oder einer Somatisierungsstörung führen können. Schließlich zeigen nach unserer Erfahrung viele Patienten mit ASS Symptome, die einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ähneln. Es ist unklar, ob dies eher auf autissmuspezifische Gedächtnisauffälligkeiten zurückzuführen ist, die zu einer PTBS-artigen Verarbeitung von lebensgeschichtlichen Ereignissen prädisponieren, oder mit geringeren psychischen Schutzfunktionen auftreten.

nen zu erklären ist, die zu häufigerer Traumatisierung führen.

Therapeutische Interventionen

Kindes- und Jugendalter

Es gibt einige effektive und effiziente Methoden zur Verbesserung autismusspezifischer Verhaltensauffälligkeiten. Eine Behandlung mit dem Ziel einer Heilung der Störung existiert nicht. In der Pharmakotherapie gibt es keine Medikamente, die autistische Kernsymptome „heilen“ könnten. Allerdings ist es möglich, eine Besserung komorbider Erkrankungen und begleitender Symptome pharmakologisch herbeizuführen. Die Wirksamkeit von Risperidon zur Behandlung von stereotypem sowie aggressivem Verhalten ist gut belegt (48). Kombiniert man diese Therapie mit einem Elterntaining, lassen sich die positiven Effekte steigern (2). Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) können zur Reduktion von zwanghafter Symptomatik beitragen (40). Bei Kindern und Jugendlichen mit ASS, die zusätzlich die diagnostischen Kriterien einer ADHS erfüllen, kann Methylphenidat eine deutliche Verbesserung der hyperkinetischen Symptomatik herbeiführen. Dabei sind die Effekte geringer als bei Kindern und Jugendlichen, die ausschließlich ADHS haben. Zudem treten Nebenwirkungen wie Appetitminderung, Schlafprobleme und gesteigerte Irritabilität häufiger auf (45).

Im Bereich der nicht medikamentösen Interventionen wurden strukturierte Therapieansätze entwickelt, die durch intensive Förderung der Kinder und intensive Beratung von Eltern und Umfeld zu besseren Integrationschancen und einem höheren psychosozialen Anpassungsniveau verhelfen sollen. Diese umfassen verhaltenstherapeutische Methoden, Familienberatung und Elterntaining, Förder- und Trainingsmaßnahmen zu sprachlicher und Kommunikationsentwicklung und zum Abbau von unerwünschtem (stereotypem, zwanghaftem sowie selbstverletzendem und fremdaggressivem) Verhalten. Psychiatrische Interventionen und sozialorganisato-

rische Maßnahmen – sowohl ambulante als auch teil- oder vollstationäre – ergänzen, unterstützen und helfen bei der Implementierung von Förder- und Trainingsmaßnahmen.

Das am besten evaluierte Programm zur Förderung von Kindern mit ASS ist die ABA (Applied Behavior Analysis; angewandte Verhaltensanalyse) nach Lovaas (39), die in den frühen 1960er-Jahren entstand und auf einem behavioristisch geprägten, verhaltensanalytischen Ansatz basiert. Die zeitlich sehr aufwendige Methode ist für die Frühförderung von kleinen Kindern mit frühkindlichem Autismus und deutlicher Entwicklungsverzögerung geeignet, kann aber wegen seiner starken verhaltenstherapeutischen Basis prinzipiell breiter angesetzt werden. Die Wirksamkeit der Methode ist gut belegt, erfordert allerdings eine intensive Schulung von Bezugspersonen (Eltern, Lehrer) (42). Als pädagogisches Förderkonzept und verhaltensstrukturierende Maßnahme hat sich insbesondere das TEACCH-Programm (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children), das ab 1966 von Eric Schopler entwickelt wurde, als sehr hilfreich erwiesen. Es basiert auf „Visualisierung“ und „Structured Teaching“, z. B. räumliche und zeitliche Strukturierung, Strukturierung der Aufgaben, Routinen und Handlungsabläufe. Trotz guter Erfahrungen im klinischen Bereich fehlt eine systematische Evaluation dieses und ähnlicher Programme (42).

Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion und Kommunikation gehören zur Kernproblematik von ASS, auch bei hochfunktionalen Formen. Dies führt wiederum zu vielfältigen Einschränkungen im Alltag, z. B. beim Aufbau von Freundschaften, beim angemessenen Umgang mit Konfliktsituationen oder bei der Emotionsregulation. Die Fähigkeit, sich situationspezifisch zu verhalten und bei veränderten kontextuellen Bedingungen flexibel zu reagieren, wird als das Fundament sozial kompetenten Verhaltens angesehen (36). Um gezielt diese Bereiche anzugehen, wurden in deutscher Sprache einige Programme zum sozialen Kompetenztraining für Menschen mit ASS mit mindestens ausreichenden verbalen und intellektuellen Fähigkeiten

entwickelt: Das Programm SOKO-Autismus (Gruppenangebote zur Förderung sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus; 27) ist an die „Social Skills Groups“ des TEACCH Programms angelehnt. Spezifisch für den Bereich der hochfunktionalen ASS wurden das Programm KONTAKT (Frankfurter Kommunikations- und soziales Interaktions-Gruppentraining bei Autismus-Spektrum-Störungen; 28, 29), das sich an Kinder und Jugendliche im Alter zwischen acht und 19 Jahren richtet und das KOMPASS-Kompetenztraining für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen (33) entwickelt.

In unserer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter wurde ein Sozialkompetenztraining (TOMTASS: Theory Of Mind Training für Autismus-Spektrum-Störungen) für die hochfunktionale ASS entwickelt, das speziell auf das Training von Fähigkeiten im Bereich von Theory of Mind (ToM) abzielt (41). Das manualisierte Gruppentraining richtet sich differenziert an Kinder von acht bis ca. zwölf Jahren oder Jugendliche bis 18 Jahre und kann im Einzelsetting durchgeführt werden. Es umfasst psychoedukative Elemente, eine Basisstufe zum Erlernen typischer ToM-Aufgaben sowie eine Aufbaustufe mit intensiven Übungen im Themenbereich Kontaktaufnahme und Freundschaft, Konflikte, Kritik und Stresstoleranz. Aus dem Erlernen von ToM-Basisfertigkeiten mit anschließender gezielter Übertragung in alltägliche Situationen (Generalisierung) unter Anwendung von verhaltenstherapeutischen Prinzipien (Verstärkung von erwünschten Verhaltensweisen, z. B. Tokensystem, Gruppenregeln) erhofft man sich einen besseren Transfer auf Alltagsaufgaben als üblicherweise für Sozialkompetenztraining für Autismus gefunden wurde (52). Eine Pilotevaluation des Programms zeigt positive Ergebnisse (41).

Parallel zum TOMTASS wurde an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Erwachsenenalters in Freiburg ein Trainingsprogramm für Erwachsene mit Asperger-Syndrom entwickelt (FASTER). Eine Verzahnung der beiden Programme, um den Übergang von der Jugend zum Erwachsenenalter bei Menschen mit ASS besser abzufedern, ist in Planung.

Erwachsenenalter

Prinzipiell ist es noch im Erwachsenenalter möglich, den Umgang mit autistischen Symptomen sowie deren funktionelle Auswirkungen und assoziierte Begleitsymptome zu beeinflussen. Während im Kontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in den letzten Dekaden eine Vielzahl von medizinischen, heilpädagogischen und anderen Methoden entwickelt wurde, bricht das entsprechende Angebot mit Erreichen des Erwachsenenalters abrupt weg. Die Therapiekonzepte aus dem Kontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie können nicht unmittelbar auf (oft spät diagnostizierte) erwachsene Patienten mit hochfunktionalen ASS übertragen werden. Nach Recherche der Autoren gibt es weder im deutschsprachigen Raum noch in der internationalen Literatur validierte therapeutische Konzepte, welche sich auf die besonderen Bedürfnisse von Erwachsenen mit hochfunktionaler ASS richten. Damit ist der behandelnde Psychiater oder Psychotherapeut zuerst einmal auf sich selbst und seinen Einfallsreichtum gestellt. Einige allgemeine Therapieprinzipien für ASS im Erwachsenenalter lassen sich allerdings benennen:

Bei Aufnahme von Therapien von Menschen mit ASS muss (bei einer Erstpräsentation im Erwachsenenalter) immer mitbedacht werden, dass eine häufig lebenslange Lern- und Leidensgeschichte des Anders-Seins den Patienten geprägt hat. Die oft mangelnde Akzeptanz durch Eltern und andere wichtige Bezugspersonen führt nicht selten zu Problemen der Selbstannahme und der Selbstwertregulation. Insofern steht am Anfang der Therapie neben der ausführlichen Erklärung dessen, was Autismus ist, eine intensive Auseinandersetzung damit, was die Diagnose für den jeweiligen Menschen bedeutet und wie sie ins Selbstbild integriert werden kann. Von manchen Patienten (und Angehörigen) wird die Diagnosestellung als Entlastung empfunden, weil stark schuldbesetzte Erklärungsversuche für das Anders-Sein des Patienten damit wegfallen und endlich Klarheit über die Natur des Anders-Seins entsteht. Auch gelingt es einigen Betroffenen nach Diagnosestellung langsam, einen positiveren Bezug zu ihrem Anders-Sein zu entwickeln,

auch die positiven Aspekte des autistischen Eigenschaftsclusters (z. B. Wahrhaftigkeit, Loyalität, Unbestechlichkeit und Klarheit des Blicks, Gerechtigkeitssinn, Treue, Willenskraft, Feinsinnigkeit) wahrzunehmen und sich selbst in ihrem So-Sein anzunehmen. Manchmal durchlaufen die Patienten Phasen der Selbstüberhöhung (Autismus als Krone der Schöpfung) und Phasen tiefer Enttäuschung darüber, dass sie an den Kernsymptomen trotz noch so starken Willens nur wenig ändern können. Vielfach sind im Verlauf einer Therapie deutlich mehr konkrete Hilfestellungen bei organisatorischen Aufgaben und im lebenspraktischen Bereich nötig als im psychotherapeutischen Setting üblich. Auch „Erläuterungen der nicht autistischen Welt“ sind ein zentrales Moment der individuellen Psychotherapie, wobei deutlich detaillierter vorgegangen werden muss, als dies von Nichtbetroffenen intuitiv angenommen wird. Mögliche Themen sind z. B.: Wozu dient Small-Talk? Wozu dient Ironie? Wann sollte man nicht unverblümt die Wahrheit sagen und wann gar lügen? Wie verhält man sich einem Vorgesetzten gegenüber? Wie übt man Kritik? Auch die Klärung unverständlicher sozialer Situationen, die der Therapeut sich vom Patienten detailliert berichten lassen sollte, spielt eine große Rolle. Ziel ist die Erweiterung des Verhaltensrepertoires in komplexen sozialen Situationen. Einigen Patienten fällt die Schaffung eines sozialverträglichen Rahmens, in welchem „autistische Bedürfnisse“ (Stereotypien, Routinen, Sonderinteressen, Bedürfnis nach Stille und Alleinsein) gelebt werden können, sehr schwer, sodass sie dabei unterstützt werden müssen. Die folgenden Verhaltensmaßgaben sollten aus Therapeutesicht beachtet werden und sind mit Blick auf eine individuelle Psychotherapie autistischer Menschen mit hohem Funktionsniveau von zentraler Bedeutung: Wenn möglich „Klartext“ reden, keine Bildsprache; Transparenz dessen, was die Therapie macht; Geduld bei der Zielfindung, diese dauert häufig um einiges länger als bei anderen Patienten; keine psychodynamischen Deutungen autistischer Symptome (z. B. intellektualisierende Abwehr); Feedback geben und einholen; ausführliche Klärung aller Missverständnisse; Vorsicht bei jeder Art von Körper-

kontakt; keine „Sozialexpositionstherapie“ (autistische Reizüberflutungsphänomene habituieren nach unserer Erfahrung nicht: durch häufiges Unter-Leute-gehen nimmt die soziale Kompetenz nicht zu und das Gefühl von Reizüberflutung wird eher verstärkt); Feedback häufiger in „Du-Form“ als mit anderen Patientengruppen (z. B. Sie unterbrechen mich heute ziemlich oft.); Selbsthilfegruppen können den Prozess, die Diagnose zu integrieren, und das Finden von ähnlich Gesinnten wirksam unterstützen.

Um die Lücke in Bezug auf das Fehlen strukturierter Therapieprogramme speziell für diese erwachsenen Patienten zu schließen, wurde in Anlehnung an die Trainings der Sozialkompetenzen im Kindes- und Jugendalter seit 2005 an der Universitätsklinik Freiburg ein spezifisches, gruppenpsychotherapeutisches Programm entwickelt; das Freiburger Asperger Spezifische Therapieprogramm für Erwachsene (FASTER). Dabei handelt es sich um ein gruppenpsychotherapeutisches und inzwischen manualisiertes Therapiekonzept, welches sich zum Ziel gesetzt hat, die spezifischen Konstellationen und Bedürfnisse erwachsener Patienten zu berücksichtigen (19, 24). Das FASTER-Konzept befindet sich in Phase II der Entwicklung einer evidenzbasierten Psychotherapiemethode. Eine große multizentrische Phase-III-Studie zur Evaluation dieser Methode ist geplant.

Es gibt keine Medikamente, die für die Therapie autistischer Symptome im Erwachsenenalter zugelassen wären. Im individuellen Heilversuch (off label use) kommen verschiedene Substanzen in Frage, die in manchen Fällen mit überzeugenden Effekten (bei autistischen Begleitsymptomen) eingesetzt werden. So können – wie bei Heranwachsenden – niedrigdosierte Dopamin-D₂-Antagonisten (atypische Neuroleptika, vor allem Risperidon; z. B. 0,25 bis 1,5 mg) bei Reizüberflutung, repetitiven Verhaltensstereotypien, Tics, Erregungszuständen, Aggressivität bei unvorhergesehenen Ereignissen oder perzeptiver Überempfindlichkeit sehr hilfreich sein. Insbesondere bei EEG-Auffälligkeiten oder stattgehabten epileptischen Anfällen in der Vorgeschichte kann bei solchen Symptomen ein Therapieversuch mit Antikonvulsiva wie Carbamazepin oder Valproinsäure

erwogen werden. SSRI zeigen (neben antidepressiven Effekten) gelegentlich eine gute Wirkung auf Impulskontrollstörungen oder zwangartig-stereotype Symptome. Adrenerg oder dopaminerg wirkende Antidepressiva können in Hinblick auf Stimmung, Antrieb und Aufmerksamkeit gelegentlich überzeugend wirken. Immer sollte ein entsprechender Behandlungsversuch unter engmaschiger ärztlicher Kontrolle und sehr langsam und vorsichtig durchgeführt werden, da viele Patienten eine ausgesprochene Empfindlichkeit gegenüber Antidopaminergika aufweisen. Pilotstudien zu anderen Substanzen (z. B. Oxytocin, All-trans-retinoic-acid ATRA) können nicht abschließend bewertet werden.

Langzeitverlauf und Outcome im Funktionsniveau

ASS sind mit Symptomen von frühester Kindheit bis ins Greisenalter vergesellschaftet. Das konnte in zwei Arbeiten eindrücklich belegt werden. Dass autistische Symptome in der Säuglingszeit vorhanden sind, zeigte z. B. eine Studie zu deren Blickbewegungen (44). In einer epidemiologischen Studie (15) konnten zwei Dinge bestätigt werden, die seit Langem vermutet wurden: Autistische Störungen bestehen unabhängig vom Lebensalter, begleiten den Menschen also ein Leben lang. Außerdem steigt unabhängig von der Intelligenz bei Autismus deutlich die Wahrscheinlichkeit, von Wohlfahrtseinrichtungen abhängig zu sein. Studien in den 1070er- und 1980er-Jahren zeigten, dass die Prognose bezüglich des späteren Funktionsniveaus bei Kindern mit ASS und $IQ < 50$ ungünstig ist. Denn die mentalen Funktionen, die Verrichtung alltäglicher Aktivitäten und die Möglichkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft werden in diesen Fällen durch die beeinträchtigte allgemeine Intelligenz stark bestimmt (16, 32). Erwachsene mit Low-functioning-Autismus (LFA) brauchen unter Umständen aufgrund der erheblichen Einschränkungen der Kommunikationsfunktionen und des ausgeprägten stereotypen und teilweise selbstverletzenden Verhaltens spezielle auf sie abgestimmte Programme, eine stark strukturierte Umgebung und störungsspezifisch geschultes Pflegepersonal.

Howlin et al. (32) konnten zeigen, dass bei der Gruppe der Kinder mit frühkindlichem Autismus und mit $IQ \geq 70$ eine günstigere Prognose (definiert als Qualifikation der Arbeitsbeschäftigung, Ausmaß der Selbstständigkeit im Alltag und Quantität sowie Qualität der interpersonellen Beziehungen im Erwachsenenalter) zu verzeichnen ist. Innerhalb der Gruppe der hochfunktionalen ASS sind es Symptome wie Zwänge und extreme Rigidität, die die Prognose verschlechtern können. Ressourcen, wie eine gute Balance zwischen sozialer Anpassung und „autistischer Authentizität“, günstige Kommunikationsstrategien und beruflich nutzbare Hochbegabungsbereiche können die Prognose erheblich verbessern. Diese Faktoren scheinen prognostisch relevanter zu sein als eine weitere Zunahme des IQ-Wertes (20, 32).

In einer eigenen Untersuchung zum Funktionsniveau von Kindern und Jugendlichen mit HFA/AS und LFA, ermittelt durch Anwendung der ICF (International Classification of Functioning; ► www.dimdi.de) (54) in katamnestischen Untersuchungen, traten folgende beeinträchtigte Funktionen als kritische Faktoren für die Gruppe der hochfunktionalen ASS hervor (10, 43):

- Defizite in der Aufmerksamkeit, in der Fähigkeit zu emotionalem Ausdruck, in den Organisations- und Planungsfähigkeiten und im Problemlösevermögen.
- Außerdem zeigte die Gruppe der hochfunktionalen ASS trotz guter intellektueller Leistungen erhebliche Einschränkungen bei der Übernahme von komplexen Aufgaben, beim selbstständigen Erledigen von Körperpflege, bei der Selbstversorgung und im Umgang mit Stress und anderen psychischen Anforderungen.
- Weiterhin waren sie in der Fähigkeit beeinträchtigt, verbale und nicht verbale Mitteilungen in Gruppensituationen wahrzunehmen, komplexe interpersonelle Beziehungen aufzubauen und an öffentlichen Aktivitäten teilzunehmen.

Welche prognostische Rolle der Zeitpunkt der Erstdiagnose spielt, ist nicht erforscht. In eigenen Untersuchungen bekamen Kinder mit HFA und AS noch bis 2005 eine definitive Diagnose erst nach dem Grund-

schulalter (30, 46), nicht selten im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen stationären Behandlung wegen Auftreten massiver, komorbider Störungen (Schulphobie, Angststörungen, schwere Zwangsstörungen, Depressionen und nach der Pubertät psychotische Episoden). Auch waren zu diesem Zeitpunkt spezifische Behandlungskonzepte sowie pädagogische/erzieherische Angebote im Rahmen der Eingliederungshilfe der Jugendhilfe (43) regional unzureichend implementiert. Wir beobachten in den letzten zehn Jahren eine stetige Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Versorgung der Kinder- und Jugendlichen mit ASS. Nach unserem klinischen Eindruck dürfte das Wissen von Eltern und Lehrern um die Natur autistischer Störungen einen großen Einfluss auf die spätere Persönlichkeit haben. Wenn Diagnostik und adäquate Maßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden, lassen sich Situationen dauernder, z. B. sozialer oder organisatorischer Überforderung oder fachlicher Unterforderung gezielter vermeiden und das Kind nimmt nicht Schaden an Identitäts- und Selbstwertgefühl. Inwieweit diese Faktoren den Outcome positiv beeinflussen können, sollte allerdings in systematischen Langzeituntersuchungen überprüft werden.

Leider stellt der Übergang ins Erwachsenenalter für im Kindes- oder Jugendalter diagnostizierte Menschen, speziell mit hochfunktionalen ASS, immer noch eine große Herausforderung dar. Neben dem Schritt heraus aus Elternhaus und Schule – beides meist klar strukturierte Rahmengebilde – entfällt oft die adäquate psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgung. Es gibt kaum Kliniken oder Erwachsenenpsychiater und -psychotherapeuten, die sich den störungsspezifischen Umgang mit Erwachsenen mit hochfunktionalen ASS zutrauen. Dabei ist die Anzahl der Betroffenen nicht gering, die trotz normal entwickelter kognitiver Fähigkeiten oft nicht oder nur mithilfe in der Lage sind, Entwicklungsaufgaben in Richtung Vervollständigung zu bewältigen. Die prinzipielle Möglichkeit, im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen eine Studien- oder Ausbildungsassistenz (z. B. sozialpädagogische Hilfe zur Organisation und Durchführung eines Hochschulstudiums) zu erhalten, wird extrem selten in An-

spruch genommen; teils aufgrund verbreiteter Unkenntnis, teils aufgrund der schwierigen Antragstellung. Dies führt nicht selten dazu, dass trotz hervorragender fachlicher Fähigkeiten die Herausforderung einer Ausbildung oder eines Studiums nicht gemeistert werden kann.

Eine besondere Gruppe bilden Menschen, bei denen der Verdacht auf eine ASS erst im Erwachsenenalter gestellt wird. Bis Anfang der 1980er-Jahre wurde die Diagnose HFA/AS ausgesprochen selten gestellt, sodass viele Menschen unter falschen Diagnosen (z. B. Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen, schizotype Störung, ADHS, Verhaltensstörungen, Psychosen) oder Sekundärerkrankungen behandelt wurden oder ganz ohne Diagnose blieben. An allen deutschen Zentren wird eine Zunahme an Anfragen für Autismus-Diagnostik aus dieser Gruppe festgestellt. Für diese Gruppe der „Spätdiagnostizierten“ stehen in Deutschland nur sehr wenige institutionelle Hilfen zur Verfügung, sodass oft die Improvisationsfähigkeit des niedergelassenen Psychiaters oder Psychotherapeuten gefragt ist. In der „Rush-hour“-Phase des Lebens werden Menschen mit ASS häufig noch einmal an ihre Grenzen geführt, da in dieser Lebensphase Fähigkeiten gefragt sind, die ihnen besonders schwer fallen, z. B. Stressmanagement, die Fähigkeit, Relevantes zu tun und Irrelevantes liegen zu lassen, Multitasking (Beruf, Partnerschaft, eigene Kinder, evtl. Hausbau), schnelle Entscheidungen zu treffen, Überblick zu bewahren, Führungsverantwortung zu übernehmen, flexibles Reagieren, Konfliktbewältigung in Partnerschaft und Familie. Hier treten gehäuft Schlafstörungen und Depressionen auf, manchmal mit dem imperativen Bedürfnis, sich aus der sozialen Welt zurückzuziehen und nur noch für sich zu sein. Über den weiteren Verlauf von ASS in der zweiten Lebenshälfte ist unseres Wissens wenig bekannt – abgesehen davon, dass ASS auch dann nicht verschwinden (15). Von Donald Gray Triplett, einem der ersten in den USA 1943 diagnostizierten Autisten, gibt es den aktuellen anekdotischen Bericht (17), dass er mit 77 Jahren ein glückliches Leben führe.

Fazit für die Praxis

Die Symptomatik der Autismus-Spektrum-Störungen wird in drei Hauptsymptomkomplexen zusammengefasst: Qualitative Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion und der Kommunikation sowie begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten. Der verstärkte Blick auf hochfunktionale Formen hat zu einer höheren Diagnoserate geführt, die auf ca. 1% für alle Formen vom Autismus geschätzt wird. Autistische Störungen bestehen ein Leben lang, obwohl im Verlauf ein Wandel in der Symptomatik stattfindet – bedingt einerseits durch das Auftreten von teilweise schweren Komorbiditäten sowie andererseits durch Kompensationsstrategien, z. B. mithilfe von therapeutischen Interventionen. Die Erstdiagnose im Erwachsenenalter stellt eine erhebliche Herausforderung dar, wobei eine gute retrospektive Anamnese, spezifische psychometrische Instrumente und ein geschulter klinischer Blick wichtig sind, um die Problematik richtig zu erkennen. Die Therapie zielt nicht auf eine „Heilung“, sondern auf eine bessere psychosoziale Anpassung der Betroffenen an die Gesellschaft und eine bessere Anpassung der Umgebung an die Betroffenen. Sie ist multimodal und setzt sich aus kombinierten sozialpsychiatrischen, verhaltenstherapeutischen und medikamentösen Maßnahmen zusammen. Es sind in der spezifischen Versorgung von erwachsenen Menschen mit autistischen Störungen noch erhebliche Mängel zu konstatieren.

Literatur

1. Aitken KJ. A-Z of Genetic Factors in Autism. London: Jessica Kingsley Publishers 2010.
2. Aman M et al. Research Units on Pediatric Psychopharmacology (RUPP) Autism Network. Medication and parent training in children with pervasive developmental disorders and serious behaviour problems: results from a randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48(12): 1143–54.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
4. Asperger H. Die autistischen Psychopathen im Kindesalter. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1944; 117: 76–136.
5. Baird G, Simonoff E, Pickles A, Chandler S, Loucas T, Meldrum D, Charman T. Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet* 2006; 368(9531): 210–5.
6. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The „Reading the Mind in the Eyes“ Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42(2): 241–51.
7. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R, Martin J, Clubley E. The autism-spectrum quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *J Autism Dev Disord* 2001; 31(1): 5–17.
8. Baron-Cohen S, Richler J, Bisarya D, Gurunathan N, Wheelwright S. The systemizing quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high-functioning autism, and normal sex differences. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2003; 358(1430): 361–74.
9. Baron-Cohen S, Wheelwright S. The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *J Autism Dev Disord* 2004; 34(2): 163–75.
10. Biscaldi M, Rauh R. Autismus ist keine Modediagnose. *Ärztliche Praxis – Neurologie/Psychiatrie* 2009; 28–31.
11. Bölte S (Hrsg.). Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven. Bern: Huber 2009.
12. Bölte S, Poustka F. Fragebogen zur sozialen Kommunikation (FSK). Bern: Huber 2005.
13. Bölte S, Poustka F. SRS. Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität. Dimensionale Autismus-Diagnostik. Göttingen: Hogrefe 2008.
14. Bölte S, Rühl D, Schmötzler G, Poustka F. Diagnostisches Interview für Autismus – revidiert (ADI-R). Bern: Huber 2006.
15. Brugha TS, McManus S, Bankart J, Scott F, Purdon S, Smith J, Bebbington P, Jenkins R, Meltzer H. Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68(5): 459–65.
16. Cederlund M, Hagberg B, Billstedt E, Gillberg IC, Gillberg C. Asperger syndrome and autism: a comparative longitudinal follow-up study more than 5 years after original diagnosis. *J Autism Dev Disord* 2008; 38(1): 72–85.
17. Donovan J, Zucker C. Autism's First Child. *Atlantic Magazine*; October 2010.
18. Dziobek I, Fleck S, Kalbe E, Rogers K, Hassenstab J, Brand M, Kessler J, Woike JK, Wolf OT, Convit A. Introducing MASC: A Movie for the Assessment of Social Cognition. *J Autism Dev Disord* 2006; 36: 623–36.
19. Fangmeier T, Lichtblau A, Peters J, Biscaldi-Schäfer M, Ebert D, Tebart van Elst L. Psychotherapie des Asperger Syndroms im Erwachsenenalter. *Nervenarzt* 2010; 82(5): 628–35.
20. Farley MA, McMahon WM, Fombonne E, Jensen WR, Miller J, Gardner M, Block H, Pingree CB, Ritvo ER, Ritvo RA, Coon H. Twenty-year outcome for individuals with autism and average or near-average cognitive abilities. *Autism Res* 2009; 2(2): 109–18.
21. Fischer, E. Der frühkindliche Autismus. Sein psychopathologisches Bild und das Problem seiner no-

- sologischen Einordnung. *Acta Paedopsychiatrica* 1972; 39: 203–12.
22. Fombonne, E. The changing epidemiology of autism. *J Appl Res Intellect* 2005; 18(4): 281–94.
 23. Fombonne E, Quirke S, Hagen A. Prevalence and interpretation of recent trends in rates of pervasive developmental disorders. *McGill J Med* 2009; 12(2): 73.
 24. Freiburger Asperger Studiengruppe: Ebert D, Fangmeier T, Lichtblau A, Peters J, Biscaldi M, Tebartz van Elst L. *Asperger-Autismus bei Erwachsenen – Strategien und Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe 2011.
 25. Garnett M, Attwood T. The Australian Scale for Asperger's Syndrome. In: T. Attwood (ed.) *Asperger's Syndrome: A Guide for Parents and Professionals*. London: Jessica Kingsley Publishers 1998.
 26. Hashimoto T, Sasaki M, Sugai K, Hanaoka S, Fukumizu M, Kato T. Paroxysmal discharges on EEG in young autistic patients are frequent in frontal regions. *J Med Invest* 2001; 48(3–4): 175–80.
 27. Häußler A, Happel C, Tuckermann A, Altgassen M, Adl-Amini K. *SOKO Autismus: Gruppenangebote zur Förderung Sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus. Erfahrungsbericht und Praxishilfen*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen 2008.
 28. Herbrecht E, Bölte S, Poustka F. *KONTAKT – Frankfurter Kommunikations- und soziales Interaktions-Gruppentraining bei Autismus-Spektrum-Störungen*. Göttingen: Hogrefe 2008.
 29. Herbrecht E, Poustka F, Birnkammer S, Duketis E, Schlitt S, Schmötzer G, Bölte S. Pilot evaluation of the Frankfurt Social Skills Training for children and adolescents with autism spectrum disorder. *Eur J Child Adolesc Psychiatry* 2009; 18(6): 327–35.
 30. Heß S. *Symptomentwicklung und -verlauf bei Patienten mit Asperger-Syndrom*. Unveröffentlichte Dissertation. Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg 2007.
 31. Hofvander B, Delorme R, Chaste P, Nydén A, Wentz E, Ståhlberg O, Herbrecht E, Stopin A, Anckarsäter H, Gillberg C, Råstam M, Leboyer M. Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry* 2009; 9: 35.
 32. Howlin P, Goode S, Hutton J, Rutter M. Adult outcome for children with autism. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45(2): 212–29.
 33. Jenny B, Goetschel P, Isenschmid M, Steinhausen H. *KOMPASS-Zürcher Kompetenztraining für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen: Ein Praxishandbuch für Gruppen- und Einzelinterventionen*. Stuttgart: Kohlhammer 2010.
 34. Kadesjö B, Gillberg C. Tourette's disorder: epidemiology and comorbidity in primary school children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(5): 548–55.
 35. Kamp-Becker I, Matthejat F, Wolf-Ostermann K, Remschmidt H. Die Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom (MBAS): Ein Screening-Verfahren für autistische Störungen auf hohem Funktionsniveau. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2005; 1: 15–26.
 36. Kanning UP. Soziale Kompetenz-Definition, Strukturen und Prozesse. *J Psychol* 2002; 210(4): 154–63.
 37. Leskovec TJ, Rowles BM, Findling RL. Pharmacological treatment options for autism spectrum disorders in children and adolescents. *Harvard Rev Psychiatr* 2008; 16(2): 97–112.
 38. Leyfer OT, Folstein SE, Bacalman S, Davis NO, Dinh E, Morgan J, Tager-Flusberg H, Lainhart JE. Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *J Autism Dev Disord* 2006; 36(7): 849–61.
 39. Lovaas OI. *Teaching Developmentally Disabled Children: The Me Book*. Austin, TX: Pro-Ed 1981.
 40. McDougle CJ, Kresch LE, Posey DJ. Repetitive thoughts and behavior in pervasive developmental disorders: treatment with serotonin reuptake inhibitors. *J Autism Dev Disord* 2000; 30(5): 427–35.
 41. Müller M, Biscaldi M, Rauh R, Fleischhaker C, Schulz E. *TOMTASS-Theory of Mind Training bei Autismus-Spektrum-Störungen*. Heidelberg: Springer Verlag 2011.
 42. Ospina MB, Krebs Seida J, Clark B, Karkhaneh M, Hartling L, Tjosvold L, Vandermeer B, Smith V. Behavioural and developmental interventions for autism spectrum disorder: a clinical systematic review. *PLoS One* 2008; 3(11): e3755.
 43. Paschke M. *Lebensqualität und Funktionsniveau von Kindern und Jugendlichen mit Asperger-Syndrom*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Freiburg: Katholische Fachhochschule für Sozialwesen 2006.
 44. Pierce K, Conant D, Hazin R, Stoner R, Desmond J. Preference for Geometric Patterns Early in Life as a Risk Factor for Autism. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68(1): 101–9.
 45. Research Units on Pediatric Psychopharmacology (RUPP) Autism Network. Randomized, controlled, crossover trial of methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity. *Arch Gen Psychiatr* 2005; 62(11): 1266–74.
 46. Reusch J. *Symptomprofile und -entwicklung in einer katamnestischen Stichprobe von Patienten mit High-Functioning und Low-Functioning Frühkindlichem Autismus: Implikationen für das Konzept der Autismus-Spektrum-Störungen*. Unveröffentlichte Dissertation. Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg 2008.
 47. Rühl D, Bölte S, Feineis-Matthews S, Poustka F. *Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen (ADOS)*. Bern: Huber 2004.
 48. Shea S, Turgay A, Carroll A, Schulz M, Orlik H, Smith I, Dunbar F. Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders. *Pediatrics* 2004; 114: 634–41.
 49. Sinzig J, Lehmkuhl G. Comorbidities with autism spectrum disorders – present state of research and future outlook. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2011; 39(2): 91–9.
 50. Skokauskas N, Gallagher L. Psychosis, affective disorders and anxiety in autistic spectrum disorder: prevalence and nosological considerations. *Psychopathology* 2010; 43(1): 8–16.
 51. Volkmar FR, State M, Klin A. Autism and autism spectrum disorders: diagnostic issues for the coming decade. *J Child Psychol Psychiatry* 2009; 50(1–2): 108–15.
 52. White S, Keonig K, Scahill L. Social skills development in children with autism spectrum disorders: A review of the intervention research. *J Autism Dev Disord* 2007; 37(10): 1858–68.
 53. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and guidelines*. Genf: WHO 1992.
 54. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Genf: WHO 2001.