

Jugend- und Adoleszenzpsychiatrie: Asperger-Autismus

Im Ganzen häufig überfordert, im Detail oft überragend

Das Asperger-Syndrom ist eine Störung aus dem autistischen Formenkreis. Im Unterschied zu frühkindlichen Autisten sind Asperger-Patienten in der Regel mindestens normal begabt und verfügen über mindestens durchschnittliche sprachliche Fertigkeiten. Sie haben allerdings erhebliche Probleme beim Verstehen der Handlungen und Motive ihrer Mitmenschen. Dadurch entstehen oft gravierende soziale Probleme, die in der Regel ab dem späten Grundschulalter deutlich werden. Hinzu kommen meist eingeschränkte Interessen, oft in Verbindung mit herausragendem Wissen in einem bestimmten Teilbereich.

WOLFGANG DEIMEL UND CLAUDIA MEHLER-WEX, BAD KISSINGEN



Die Defizite im Sozialverhalten von Kindern mit Asperger-Syndrom fallen häufig erst im Grundschulalter auf.

36 Asperger-Autismus

Im Ganzen häufig überfordert, im Detail oft überragend

49 AGATE: Kardiovaskuläres Risiko bei ADHS-Behandlung**55 PSYCHIATRISCHE KASUISTIK**

Medikamenten-induzierte manische Symptome

62 CME Schizophrenie

Nutzen und Risiken der Polypharmazie

67 CME Fragebogen

Praktisch zeitgleich 1943/44 erschienen Erstbeschreibungen von zwei ähnlichen Störungsbildern. Beide Autoren waren Österreicher, beide benutzten das neue Wort Autismus und nach allem, was man weiß, geschah dies völlig unabhängig voneinander und beide begegneten sich nie. Die Arbeit von Leo Kanner („Autistic disturbances of affective contact“) beschrieb das, was wir heute als frühkindlichen oder Kanner-Autismus kennen, Hans Aspergers Habilitationsschrift „Autistische Psychopathen im Kindesalter“ war namensgebend für das Asperger-Syndrom. Die Konzepte erfuhr über die Jahrzehnte Veränderungen und die heutigen diagnostischen Kategorien stimmen nur noch zum Teil mit den Originalbeschreibungen überein.

Die von Kanner beschriebene Störung war zunächst nicht als eigenständige Kategorie anerkannt, sondern wurde besonders in den USA unter dem dort traditionell weit gefassten Begriff Schizophrenie subsummiert. Erst im DSM-III (1980) wurde der Bereich der „tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“ definiert, Autismus war eine wichtige Unterkategorie davon. Während Kanner, der in den USA lebte und arbeitete, auf englisch publizierte, schrieb Asperger seine Arbeit auf deutsch. Erst 1981 wurde sie von Uta Frith ins Englische übersetzt und blieb bis dahin weitgehend unbekannt. Das Asperger-Syndrom ist erst seit Version 10 des ICD und Version IV des DSM als Begriff und Diagnose in diesen Manualen vertreten. Dies zur Erklärung dafür, dass Asperger-Autismus aktuell immer noch ein im Aufschwung befindliches Thema darstellt. Da die Störung also erst seit sehr viel kürzerer Zeit als vergleichbare Störungen im Fokus von Wissenschaft und Öffentlichkeit steht, dürften auch heute noch viele erwachsene Asperger-Betroffene nicht richtig diagnostiziert sein.

Wissenschaftlich hat sich die Sichtweise in den letzten Jahrzehnten deutlich geweitet, da man mittlerweile vom „Autismus-Spektrum“ spricht. Zum einen fasst dies frühkindlichen und Asperger-Autismus zusammen, in dem die Unterschiede zwischen beiden Störungen im Wesentlichen auf Unterschiede der Intelligenz zurückgeführt werden. Zum anderen öffnet es die Kategorie auch für weniger schwer Betroffene, die vielleicht etwas auffällig und für ihre Mitmenschen sonderbar sind, aber die diagnostischen Kriterien nicht klar erfüllen.

Kernbereiche der Symptomatik

Die Auffälligkeiten treten in drei Kernbereichen auf: Interaktionsstörung (nicht sprachlicher Bereich), Kommunikationsstörung (Sprache) und stereotypes, rigides Verhalten.

Besonderes Sozialverhalten (Interaktionsstörung)

Asperger-Betroffene zeigen eine unangemessene Einschätzung sozialer und emotionaler Signale: Nonverbale Zeichen werden beim Gegenüber nicht wahrgenommen und Gefühlsäußerungen nicht erwartungsgemäß beantwortet, Sarkasmus und Ironie werden nicht verstanden, ein Zwischen-den-Zeilen-Lesen gelingt nicht. Umgekehrt werden Mimik und Gestik nur sehr reduziert gebraucht. Asperger-Autismus ist nicht zwingend mit fehlendem Blickkontakt verbunden, manchmal wird dieser aufgrund der gesellschaftlichen Erwünschtheit auch bewusst antrainiert, kann dann aber sehr starrend wirken. Die fehlende Gegenseitigkeit in der Interaktion und der gefühlte Mangel an Empathie wirken irritierend im Kontakt mit den Betroffenen. Sie sind sozial wenig interessiert oder weisen große Schwierigkeiten bei Kontaktinitiierung, Aufmerksamkeitswid-

mung und affektiver Mitschwingungsfähigkeit auf.

Sprachliche Einschränkungen (Kommunikationsstörung)

Obwohl die formale Sprachbeherrschung oft exzellent ist, gibt es meistens doch bestimmte Auffälligkeiten der Sprache: Kinder wirken durch eine gestelzte Sprache oft „altklug“, erwachsene Betroffene erzählen oft weitschweifig und beantworten Fragen sehr umständlich. Die Sprache ist in vielen Fällen stereotyp, wenig moduliert mit ungewöhnlichem Rhythmus und auffälliger Intonation und wirkt somit eigentümlich. Zum Teil werden ungewöhnliche Redewendungen verwendet. Inhaltlich bestehen Probleme beim Verständnis von symbolischer Sprache, das heißt, Sprichwörter und Redensarten werden wörtlich interpretiert und Ironie wird nicht als solche verstanden. Die Sprache wird nicht wirklich gegenseitig kommunikativ eingesetzt.

Stereotype Verhaltensmuster

Weitere Auffälligkeiten sind stereotype, wiederkehrende Verhaltensmuster und eine zwanghaft anmutendes Haften an Alltagsritualen und der gewohnten Tagesstruktur. Asperger-Betroffene können kleinste Veränderungen im Lebensumfeld oft nicht akzeptieren, auch wenn es sich für andere Menschen um Banalitäten handelt. Die Anpassungsfähigkeit an neue Bedingungen ist somit deutlich erschwert und kann besonders bei neuen Lebensabschnitten (Wechsel auf weiterführende Schule, Start ins Berufsleben etc.) zu Krisen führen. Im Alltag gibt es oft Handlungsrouninen und Rituale, die nur gegen erheblichen Widerstand der Betroffenen unterbunden werden können. Es mangelt an Handlungsflexibilität und kontextuell abgestimmten Reaktionsweisen.

Spezialinteresse: Das wahrscheinlich spektakulärste Merkmal eines Asperger-Autismus ist aber das fast immer vorhandene Spezialinteresse. Es handelt sich dabei um mehr als nur um ein enthusiastisch betriebenes Hobby. Zum Beispiel interessieren sich Asperger-Autisten oft sehr für Pläne und Karten und zeigen hier erstaunliche Gedächtnisleistungen, sie können dann etwa Autobahnanschlussstellen zu einem weit entfernten bestimmten Ziel hin auf Zuruf aus dem Kopf aufsagen. In Kombination mit den fehlenden sozialen Kompetenzen hat man dann einen unter Umständen sehr anstrengenden Gesprächspartner, der nicht mehr von „seinem“ Thema wegzubringen ist. Manchmal ist ein Kind mit Asperger-Syndrom aber auch für einen Erwachsenen ein sehr angenehmer Gesprächspartner, weil es so gut formulieren kann und über ein großes Wissen verfügt.

Schließlich sei noch die motorische Ungeschicklichkeit erwähnt, die bei vielen Asperger-Betroffenen zu finden ist.

Unterschiede zum frühkindlichen Autismus

Der wichtigste Unterschied ist das Intelligenzniveau: Asperger-Autismus ist in der Regel mit normaler Begabung assoziiert, außerdem liegt keine Sprachentwicklungsverzögerung vor. Da die Kernsymptome beim Asperger-Syndrom das Sozialverhalten betreffen, fallen Defizite auch erst ab einem bestimmten Alter auf,

oft erst im Grundschulalter oder sogar noch später. Im Prinzip gelten in den weiter oben aufgeführten drei Kernbereichen dieselben diagnostischen Kriterien, diese sind aber bei Asperger-Autismus oft nicht so klar und schwerwiegend ausgeprägt wie bei frühkindlichem Autismus.

Ursachen

Genetische Zusammenhänge

Erkrankungen aus dem autistischen Formenkreis sind mit einer Heritabilität von über 90% assoziiert. Bei einem geringen Prozentsatz (3–5%) sind nicht genetische Faktoren wie etwa Röteln-Infektionen in der Schwangerschaft, entzündliche Hirnerkrankungen oder Endokrinopathien involviert [7]. Bestimmte, auf einem konkreten Gen vererbte Erkrankungen gehen immer mit autistischen, jedoch vor allem frühkindlichen, Syndromen einher (Fragiles X-Syndrom, Tubulöse Hirnsklerose, Phenylketonurie, Smith-Lemli-Opitz-Syndrom). Diese monogenen Erbgänge sowie zytogenetische Ursachen (Duplikation des mütterlichen Anteils von Chromosom 15q11–13, einer Region mit GABA-Rezeptorgenen; Deletionen von Chromosom 2q37, 7q31, 22q13.3) machen etwa ein Drittel der Ursachen von autistischen Störungen aus [8]. Als Kandidatengene sind außerdem ein Oxytocin-Rezeptorgen (Chromosom 3; relevant für Bindungsverhalten) und das Glutamat-Re-

zeptor-6-Gen (Chromosom 6; bedeutsam für Lernprozesse) im Gespräch. Widersprüchliche Befunde ergaben sich zu den Kandidatengenregionen 7q22, 7q31–36 (Sprachentwicklung), 15q11–13 (GABA-A- und B-Rezeptorgene: Inhibitionsfunktionen) und zu Regionen des Serotonintransportergens auf Chromosom 17, wodurch ein Brückenschlag zu den zwanghaft-rigiden Verhaltensmustern geschlagen werden könnte. Assoziationsstudien zum X-Chromosom (Neuregulin 3 und 4) erbrachten unspezifische Zusammenhänge mit Autismus [8]. Das Vererbungsrisiko einer autistischen Störung beträgt 2–8%, wobei sehr große Abweichungen vor dem Hintergrund der jeweiligen genetischen Disposition zu beachten sind. Eine genetische Beratung muss daher mit großer Sorgfalt in einem dafür fachlich ausgewiesenen Zentrum erfolgen. Eine primäre genetische Diagnostik ist aufgrund der Komplexität und der unklaren Studienlage derzeit nicht zu empfehlen.

Informationsverarbeitung

Einige Konstrukte der zentralen Informationsverarbeitung werden mit Asperger-Autismus in Zusammenhang gebracht, sind aber zum Teil recht unspezifisch. Drei der eher spezifischen Konstrukte sind Imitationsfähigkeit, zentrale Kohärenz und „Theory of Mind“.

Imitieren von Verhalten gehört essenziell zur kindlichen Entwicklung und Autisten sind darin eher schlecht. Eine mögliche Erklärung dieses Defizits betrifft die „Spiegelneuronen“. Ein Spiegelneuron (1995 bei Affen entdeckt) ist eine Nervenzelle, die im Gehirn von Primaten während der Betrachtung eines Vorganges die gleichen Reize auslöst, wie sie entstünden, wenn dieser Vorgang nicht bloß passiv betrachtet, sondern aktiv durchgeführt wurde. Man vermutet, dass Spiegelneurone die neuro-anatomische Basis für Empathie sind. Bezogen auf Autismus würde dies bedeuten, dass die Spiegelneuronen von Menschen mit Autismus nur auf eigene Aktionen antworten und nicht auf die Aktionen anderer. Diese Theorie ist zwar reizvoll, die Befundlage dazu ist aber bisher nicht eindeutig.

Zentrale Kohärenz ist die Fähigkeit, einzelne wahrgenommene Elemente zu einem Ganzen zusammen zu fassen und

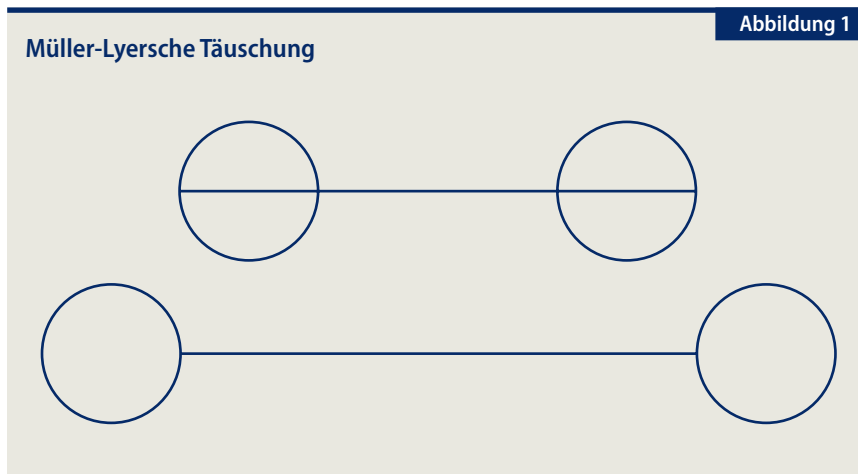


Abbildung 1

Welche Linie ist länger? Autisten lassen sich seltener täuschen und erkennen besser, dass die Linien gleich lang sind.

das Gesamtbild (im Sinne von Gestalt) zu erkennen. Es konnte gezeigt werden, dass Autisten und Schizophrene in diesem Bereich beeinträchtigt sind. Salopp kann man sagen, „sie sehen den Wald vor lauter Bäumen nicht“. Dieses Konstrukt wird meistens auf den visuellen Bereich bezogen, kann aber auch bei anderen Modalitäten betroffen sein. Der „Embedded Figures Test“ kann zur Überprüfung der visuellen zentralen Kohärenz verwendet werden. Die Müller-Lyersche Täuschung ist eine einfache optische Täuschung, für die Asperger-Autisten aufgrund der geringeren zentralen Kohärenz weniger anfällig sind (**Abbildung 1**).

Theory of Mind ist die Fähigkeit, Gedanken, Überzeugungen, Wünsche und Absichten anderer Menschen zu erkennen und zu verstehen, um deren Verhalten nachvollziehen und um voraussagen zu können, was sie als Nächstes tun werden. Autisten sind hierbei beeinträchtigt; sie verstehen die Handlungsmotivation anderer Menschen also oft nicht und verhalten sich daher unpassend (**siehe Fallbeispiel**).

Darüber hinaus kursieren immer noch Behauptungen, dass Umweltgifte oder Impfstoffzusätze Autismus auslösen können. Die US-Gesundheitsbehörde FDA betrachtet diese Hypothesen jedoch seit 2006 als eindeutig widerlegt.

Häufigkeit

Asperger-Autismus ist eine seltene Störung, im Mittel werden 0,02% Betroffene in der Bevölkerung angegeben. Zum Vergleich: Die Rate von frühkindlichem Autismus liegt mit 0,1–0,4% eine Zehnerpotenz höher. Generell wird für Autismus ein Anstieg der Häufigkeit über die letzten Jahre beschrieben, das Center for Disease Control (CDC) in den USA gibt einen Anstieg der Fälle von Autismus mit 57% zwischen 2002 und 2006 an. Die Ursache dafür ist unklar. Eine epidemiologische Studie bei Erwachsenen in Großbritannien kommt zu dem Schluss, dass nicht eine tatsächliche Zunahme der Erkrankungsrate bestehe, sondern dass dem Anstieg zum großen Teil methodische Gründe zugrunde liegen wie zum Beispiel besserer Informationsstand, bessere diagnostische Möglichkeiten und ähnliches [6].

Fallbeispiel (Theory of Mind)

Ein klassisches Beispiel der Theory of Mind ist folgende Szene zweier spielender Kinder: Ein Kind bringt sein Spielzeug in einem Behältnis A in Sicherheit vor dem Zugriff des anderen Kindes, bevor es den Raum verlässt. Währenddessen entnimmt das zurückgebliebene Kind das Spielzeug und verlegt es in ein anderes Behältnis B. Das erste Kind kommt zurück in den Raum und will nun sein Spielzeug wieder. Wo wird es zuerst suchen?

Die richtige Antwort lautet: Im Behältnis A, denn dort hat es selbst das Spielzeug zuletzt gesehen, und in Abwesenheit hat es ja nicht mit erlebt, dass das andere Kind das Spielzeug woanders untergebracht hat. Ein Autist aber würde Behältnis B nennen, da das Spielzeug da ja tatsächlich ist und er sich nicht in das erste Kind hineinversetzen kann, dem eine entscheidende Information fehlt.

Diagnostik

Diagnostisch werden im Autismus-Spektrum im Wesentlichen drei verschiedene Störungen zusammengefasst. Neben dem Asperger-Syndrom (ICD-10 F84.5) sind dies der Frühkindliche (Kanner-) Autismus (F84.0) und der Atypische Autismus (F84.1). Eine Abgrenzung innerhalb der Störungen mit deutlicher Intelligenzbeeinträchtigung, zu denen neben dem Kanner-Typ weitere tiefgreifende Entwicklungsstörungen wie etwa das Rett-Syndrom gehören, ist oft schwierig. Bei den hier interessierenden Störungen mit normaler Intelligenz oder leichter Lernbehinderung kann bei nicht erfülltem Asperger-Vollbild (siehe oben) die Diagnose eines atypischen Autismus erwogen werden. Eine weitere Autismus-Variante ohne Intelligenzminderung ist der „hochfunktionale Autismus“ („High functioning autism“, HFA), der im Wesentlichen ein Kanner-Autismus bei normaler Intelligenz ist. Der Mangel an zuverlässigen und nachvollziehbaren Unterscheidungskriterien ist ein Grund, warum man heute übergreifend vom „Autismus-Spektrum“ spricht.

Bei normaler Intelligenz besteht eine Hauptaufgabe der Diagnostik darin, eine differenzialdiagnostische Abgrenzung gegenüber anderen, nicht autistischen Störungen vorzunehmen. Die wichtigsten Abgrenzungskriterien sind in **Tabelle 1** zusammengefasst.

Verhaltensbeobachtung

Da es keine eindeutigen Tests und körperlichen Marker (wie z. B. Bluttests) für autistische Erkrankungen gibt, handelt es sich im Wesentlichen um eine Verhal-

tensdiagnose, die sich auf anamnestiche Angaben und intensive Alltagsbeobachtungen stützt. Besondere Sorgfalt sollte auf die (auch Angehörigen-gestützte) Anamnese frühkindlicher Verhaltens- und Entwicklungsbesonderheiten verwendet werden. Trotzdem bleibt es in vielen Fällen oft längere Zeit beim Verdacht auf ein Asperger-Syndrom, wenn die Symptome und Probleme nicht eindeutig oder nicht stark genug für das Vollbild ausgeprägt sind. Eine klare diagnostische Entscheidung ist aufgrund der Befundlage oft schwierig; diese Situation kann als geradezu typisch für Störungen aus dem Bereich TES (Tiefgreifende Entwicklungsstörungen) betrachtet werden.

Standardisierte Diagnoseinstrumente

Neben der unstandardisierten, klinischen Verhaltensbeobachtung (auch in Form von fremdanamnestischen Informationen z. B. von Schule und Arbeitsplatz) gilt die Kombination von ADOS („Autism Diagnostic Observation Schedule“, deutsch: Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen) und ADI-R („Autism Diagnostic Interview-Revised“) international als „Goldstandard“ der Diagnostik [4, 18]. Seit gut zehn Jahren haben diese beiden diagnostischen Instrumente in Form von strukturierter Befragung und dem standardisierten Durchspielen von Verhaltenssequenzen die Diagnosestellung sehr erleichtert. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass beide Instrumente primär für die Diagnostik des frühkindlichen Autismus entwickelt worden sind und Asperger-Autisten nicht immer zu-

Wichtigste Differenzialdiagnosen des Asperger-Syndroms		Tabelle 1
Differenzialdiagnose	Kommentar	
ADHS	Wird häufig als Erstdiagnose gestellt, da die Grundhäufigkeit sehr viel höher ist. Tritt oft gemeinsam mit Autismus auf; ob es als dem Autismus zugehörig oder als Komorbidität betrachtet wird, ist umstritten. Eine Behandlung der ADHS-Komponente ist oft sinnvoll.	
Störung des Sozialverhaltens	Oft schwierig von Autismus zu differenzieren. Der Hauptunterschied ist, dass bei einer Störung des Sozialverhaltens das „nicht Wollen“ des sozialkonformen Verhaltens im Vordergrund steht, beim Autismus jedoch das „nicht Können“.	
Zwangsstörung	Zwänge sind sehr oft Teil der autistischen Symptomatik und treten meist als Ordnungszwänge auf. Charakteristisch ist, dass Zwänge im Rahmen einer autistischen Störung von den Betroffenen meist als angenehm und spannungsreduzierend erlebt werden (ich-synton), im Rahmen einer reinen Zwangsstörung aber meist als unangenehm und störend (ich-dyston).	
Angststörungen	Ängste treten bei Autisten sehr häufig auf. Es kann sich dabei sowohl um einfache wie auch komplexe Phobien handeln, wie auch um ausgeprägte Ängste vor Veränderungen.	
Schizophrenie	Psychotische Durchgangssyndrome sind bei Belastung möglich. Reizüberempfindlichkeit und Dissoziieren bei Stress sind bei Autismus üblich und müssen von tatsächlich halluzinatorischen Ereignissen abgegrenzt werden. Des Gleichen können die zum Teil bizarren Formulierungen bei Asperger-Autisten auf die falsche Fährte führen. Zur Unterscheidung helfen ausführliche Gespräche und intensive Verhaltensbeobachtung.	
Schizoide Persönlichkeit	Im Erwachsenenalter sehr schwer von Asperger-Autismus zu trennen. Da beide Störungen schwer therapierbar sind und es dabei hauptsächlich um Verhaltensaufbau und -veränderung geht, mag man die klinisch-praktische Bedeutung einer solchen Differenzierung auch durchaus als fragwürdig sehen. Klarstes Unterscheidungsmerkmal ist der Erkrankungsbeginn (Kindheit bei Asperger-Autismus, spätes Jugendalter/junges Erwachsenenalter bei Persönlichkeitsstörung).	

Diagnostische Instrumente des Asperger-Autismus				Tabelle 2
Instrument	Ziel	Auswertung	Typ	
Fragebogen zur Sozialen Kommunikation (FSK, [2])	Screening Autismus	Cut-off global	Fragebogen Eltern	
Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom (MBAS, [17])	Screening Asperger	Cut-off global und in Bereichen	Fragebogen Eltern	
Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen (ADOS, [18])	Diagnosestellung Autismus	Cut-off global und in Bereichen	Verhaltensbeobachtung	
Diagnostisches Interview für Autismus-Revidiert (ADI-R, [3])	Diagnosestellung Autismus	Cut-off global	Elternbefragung	
Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität (SRS, [5])	Quantitative Erfassung des Sozialverhaltens	Normwerte	Fragebogen Eltern	

verlässig damit identifiziert werden können. Die Durchführung und Auswertung insbesondere des ADOS ist sehr anspruchsvoll und sollte nur durch Experten erfolgen, die eine spezielle Fortbildung absolviert haben. Da der Zeitaufwand erheblich ist (ADOS inklusive Vorbereitung etwa 1,5 Stunden, ADI-R bis zu 3 Stunden), ist ein Screening sinnvoll. Hierzu gibt es verschiedene Fragebögen. Der FSK (Fragebogen zur Sozialen Kommunikation; [2]) ist quasi eine Kurzform des ADI-R und ergibt einen Summenwert, der in Relation zu einem kritischen Wert („cut-off“) gesetzt wird. Erreicht der Summenwert zumindest die Nähe des Cut-off, ist die Durchführung der kompletten Diagnostik empfehlenswert. Der Fragebogen SRS (Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität; [3, 5]) wird ebenfalls von Eltern oder Bezugspersonen ausgefüllt und erbringt Normwerte für spezielle Bereiche des Sozialverhaltens in Bezug auf sowohl Autisten als auch eine Normstichprobe. Der Fragebogen MBAS (Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom; [13]) lehnt sich inhaltlich an verschiedene Skalen und Fragebögen an und wurde speziell im Hinblick auf Asperger-Screening entwickelt. Eine Übersicht über die diagnostischen Instrumente gibt **Tabelle 2** (siehe auch **Diagnostische Fallstricke**).

Behandlung

Autismus generell und das Asperger-Syndrom im Besonderen sind eigentlich keine psychiatrischen Erkrankungen im engeren Sinn, denn sie lassen sich nicht im klassischen Sinn heilen. Die Sichtweise vom Asperger-Syndrom als einer Behinderung (§ 35a SGB) ist hier hilfreicher, denn die Betroffenen werden ihre Defizite oft nicht oder nur zu einem gewissen Grad kurieren können – aufgrund ihrer oft guten Intelligenz können sie aber lernen, die Defizite zu kompensieren. Ein Beispiel: Asperger-Autisten halten von sich aus oft gar keinen Blickkontakt, und wenn sie erkannt haben, dass dies die Mitmenschen stört, verfallen sie eventuell in ein ebenfalls vom Gegenüber als unangenehm empfundenen Anstarren beim Gespräch. Mit Mühe und Anleitung lässt sich ein „normaler“, modulierter Blickkontakt aber sehr wohl lernen, auch wenn das intuitive Verständnis dafür fehlt.

Diagnostische Fallstricke

- Asperger-Betroffene werden oft erst mit zunehmendem externem Sozialkontakt auffällig, das heißt, in der Schule oder auch erst in der Adoleszenz.
- Eine Vorstellung bei einem Psychologen oder Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt meist erst dann, wenn die Symptomatik stark ausgeprägt ist und gegebenenfalls Folgekomplikationen bereits manifest sind (Verhaltens- oder affektive Störungen).
- Primäre Diagnosen sind oft Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom, Entwicklungsverzögerung, „Reifungskrisen“, soziale Ängste oder Störung des Sozialverhaltens, wobei die jeweiligen Kriterien oft nicht genau erfüllt sind und man sich mit annähernd zutreffenden Diagnosen begnügen muss.
- Die zum Teil hoch spezialisierten Sonderinteressen lassen dazu verleiten, die Betroffenen als hochintelligent einzustufen. Das mag im Einzelfall tatsächlich stimmen, jedoch können die Betroffenen ihr Spezialwissen nicht adäquat anwenden. Es bleibt ein Selbstzweck und ist somit als Stereotypie anzusehen.
- Das mangelnde Einfühlungsvermögen und das gestörte Kontaktverhalten können fälschlich als „gefühlskalt“ anmuten und zur Annahme einer Dissozialität führen.
- Asperger-Autismus und Depression sowie Ängste schließen sich nicht aus; im Gegenteil: Durch die Wahrnehmung der eigenen Besonderheiten kann ein massiver Leidensdruck mit Selbstabwertung, Depressivität und regelrechten Panikgefühlen vor sozialen Herausforderungen entstehen.

Eine große Hilfe ist es oft schon, nach Diagnosestellung ausführlich über die Störung zu informieren. Dies wird von Betroffenen und deren Familien meist als sehr entlastend empfunden, denn Eltern und Familienmitglieder erleben bei sich oft Unverständnis oder Wut über die vermeintlich unwilligen Betroffenen, die immer wieder an für Nicht-Betroffene einfachen Aufgaben und Anforderungen scheitern.

Einordnung des Schweregrades

Sinnvoll ist auch eine Einordnung des Schweregrades, denn nicht jede Asperger-Störung ist unbedingt behandlungsbedürftig. Jeder Mensch hat auch das Recht auf Unangepasstheit; der Behandlungsbedarf ergibt sich nicht aus der Störung selbst, sondern aus dem Leidensdruck der Betroffenen. In diesem Zusammenhang ist mehr als bei anderen psychischen Störungen eine Betrachtung nicht nur der Schwächen, sondern vor allem auch der Stärken oder Ressourcen wichtig; denn ein gezieltes Nutzen der Stärken (z. B. hervorragender Sinn für Details) kann zur Kompensation der Schwächen (z. B. fehlender Sinn für die sozialen Zusammenhänge) nutzbar gemacht werden. Ein Beispiel: wenn ich nicht spüre, dass ich Jemanden verärgert

habe, kann ein genaues Erkennen der Mimik auch zu der Erkenntnis führen, dass in der Interaktion gerade etwas „schief gelaufen“ ist.

Psychotherapie

Die psychotherapeutische Behandlung von Asperger-Autismus setzt Spezialwissen voraus, da einige allgemeine Grundannahmen etwa über die Wirksamkeit von Verstärkern nicht ohne Weiteres zutreffend sind. In Deutschland gibt es mittlerweile zahlreiche Autismus-Therapiezentren (ATZ), die aber fast immer auf frühkindlichen Autismus spezialisiert sind. Die Behandlung von Asperger-Syndromen wird dort meist angeboten, es sollte aber im Einzelfall geprüft werden, ob das in dem Rahmen sinnvoll ist. Eine Psychotherapie im engeren Sinn wird sich oft weniger auf die Kernsymptomatik beziehen als auf die daraus resultierenden sozialen Schwierigkeiten und den damit verbundenen Leidensdruck.

Therapiemanuale und -programme

Therapiemanuale speziell für hochentwickelte Autismus-Formen sind noch nicht vollständig etabliert [15]. Eine Behandlung muss daher immer aus ganz verschiedenen Bausteinen für einen be-

stimmten Patienten zusammengesetzt werden, wobei die Verhaltenstherapie eine zentrale Rolle einnimmt. Eine ausführliche allgemeine Übersicht über Behandlungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten geben Remschmidt & Kamp-Becker sowie Preißmann [16, 17] (Therapiestrategien siehe auch **Abbildung 2**).

Sehr bekannte Autismus-Therapieprogramme sind TEACCH („Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children“) und ABA („Applied Behavior Analysis“). TEACCH ist pädagogisch, ABA verhaltenstherapeutisch orientiert. Beide Programme richten sich hauptsächlich an Vorschulkinder mit frühkindlichem Autismus, Elemente daraus können aber auch in der Asperger-Behandlung Verwendung finden. Kompakte, mehrwöchige Trainings der sozialen Kompetenz haben sich als wirkungsvoll für hochfunktionale Autisten herausgestellt, speziell in Kombination mit Elterntrainings (zur Übersicht über aktuelle Befunde siehe auch [13]).

Folgende Therapieprogramme sind zu nennen:

- KONTAKT: Frankfurter Kommunikations- und soziales Interaktionsgruppentraining bei Autismus-Spektrumstörungen [12]
- TOMTASS: Theory of Mind Training für Autismus-Spektrumstörungen [14]
- SOKO Autismus: Gruppenangebote zur Förderung sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus [11]
- Als Computertraining von Interesse, jedoch wenig evaluiert ist das FEFA (Frankfurter Test und Training des Erkennens fazialen Affekts; www.klinik.uni-frankfurt.de/zpsy/kinderpsychiatrie/Downloads/FEFA_home.htm).

Schulung sozialer Kompetenz

In der Psychotherapie sind Maßnahmen zur Schulung der sozialen Kompetenz von entscheidender Bedeutung. Dazu gehören das Üben der emotionalen Selbst- und Fremdwahrnehmung, das Üben sozialer Situationen und die Arbeit am eigenen Gefühlsausdruck (konkretes Training von Gestik und Mimik). Die Interpretation sozialer Interaktionen und das Deuten von nonverbalen Signalen können beispielsweise anhand von Bildmaterial oder Filmaufnahmen

erfolgen. Das Bedürfnis nach Freundschaft oder auch Partnerschaft ist oft vorhanden, wenngleich das formale Bedürfnis nach Partnerschaft das inhaltliche Interesse oft überwiegt; insofern ist auch dies mitunter ein sehr wichtiges Thema in der Einzeltherapie. Daneben ist eine Gruppentherapie mit anderen Asperger-Patienten speziell hilfreich, da sich die Betroffenen dort einmal als Teil einer Gruppe mit ähnlichen Eigenschaften und nicht, wie so oft sonst, als Außenseiter erleben können. Auch wenn ein Teilnehmer einen speziellen „Trick“ zur Anpassung an „die Welt da draußen“ an einen Mitpatienten erfolgreich weitergeben kann, sind diese Erlebnisse für beide Seiten selbstwertstärkend. Solche Gruppen lassen sich naturgemäß nur in Kliniken oder Einrichtungen realisieren, in denen schwerpunktmäßig dieses Störungsbild behandelt wird. Hilfreich für weniger stark Betroffene oder „Fortgeschrittene“ sind aber auch störungsübergreifende psychotherapeutische Gruppen zum sozialen Kompetenztraining, um Aktion und Reaktion mit nicht Betroffenen im geschützten Rahmen noch realitätsnäher zu trainieren.

Ganzheitliche Betrachtung: Bedeutsam ist neben der störungsspezifischen Behandlung stets die ganzheitliche Betrachtung des Patienten: Wie könnte die berufliche Perspektive geplant werden (unter Berücksichtigung der Stärken und der Schwächen sowie des Begabungsprofils)? Welcher Unterstützungsbedarf besteht im Schul-, Berufs-, und Alltagsleben? Bei Schülern kann beispielsweise durch auf die Besonderheiten individuell abgestimmte Nachteilsausgleiche im Schul-Setting und durch Mobile Sonderpädagogische Dienste (Schulbegleitung) die Integration in Regelschulen erleichtert und gefördert werden (vgl. Vollzugshinweise zur Gewährung von Nachteilsausgleich bei Leistungserhebungen des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus, Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung ISB München; www.isb.bayern.de/isb/download.aspx?DownloadFileID=b7491f4baa07b41b293a7ef9a5f5a4).

Weitere Aspekte zur Schulung der sozialen Kompetenz sind:

- Welche Bezugspersonen können in welcher Form einbezogen werden, in-

wieweit ist eine Verselbstständigung möglich?

- Welche Alltagshilfen sind notwendig?
- Ist eine Beratung im Hinblick auf die Initiierung und Gestaltung von Partnerschaft gewünscht?
- Welche Freizeitaktivitäten, welche gezielte soziale Einbindung sind denkbar und umsetzbar?
- Welche Strukturen sind unabdingbar?
- Welche gesetzlich verankerten Hilfen zur gesellschaftlichen Integration sind erforderlich?

Medikamentöse Therapie

Psychopharmaka können allenfalls flankierend symptomorientiert eingesetzt werden, der Schwerpunkt wird immer auf der psychotherapeutischen Ebene liegen. Bestehen depressive (Folge-) Symptome oder begleitende therapieresistente zwanghafte Verhaltensweisen oder (soziale) Angstreaktionen, so können moderne Antidepressiva (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) hilfreich sein. Bei Zwängen als Zielsymptom würde höher dosiert werden müssen, als bei Depression oder Angst. Im Falle von Impulsivität, gereizter Angespanntheit und aggressiv getönten Verhaltensweisen unterstützen vorzugsweise niedrig dosierte atypische Neuroleptika oder nied-

rig potente Neuroleptika (Übersicht vgl. [10]).

Unaufmerksamkeit und Impulsivität sind oft Autismus-immanent, jedoch wird mittlerweile bei über 50% der von Autismus Betroffenen von einer alle Kriterien erfüllenden, komorbiden Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ausgegangen (vgl. [1]). Es wird daher vielfach nicht mehr als gerechtfertigt angesehen, dass ICD-10 und DSM-IV ADHS als Ausschlussdiagnose für Autismus festlegen. Insofern ist nach klinischer Erfahrung bei komorbidem ADHS ein Behandlungsversuch mit Stimulanzien durchaus zu erwägen, was aber in manchen Fällen die Rückzugstendenzen verstärken und öfter als bei reinem ADHS zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) wie Reizbarkeit und Schlafstörungen führen kann und daher kritisch zu beobachten ist.

Eine EEG-Ableitung ist bei Autismus-Spektrum-Störungen, vor allem jedoch bei den frühkindlichen Formen, von Interesse, da mitunter Auffälligkeiten vorhanden sind. Bei manifesten subklinischen, atypischen Potenzialen und selbstredend bei Epilepsie können Antikonvulsiva auch günstig verhaltensmodulierend wirken, insbesondere hinsichtlich Impulsivität und Reizfilterungsdefiziten.

Synopsis der multimodalen Therapiestrategien bei Asperger-Autismus

Abbildung 2



Stressbedingt können schizophreiforme Durchgangssyndrome auftreten, die dann von entsprechender, vorzugsweise atypisch neuroleptischer Medikation profitieren.

Stationäres Angebot für Diagnose und Therapie

Behandlungsbedarf von Asperger-Syndromen stellt sich oft erst im Adoleszenzenalter heraus, dann zum Teil schon gekoppelt mit Folgestörungen im affektiven und Verhaltensbereich. Psychotische Entwicklungen sind bei besonders belasteten Patienten möglich. In der Regel besteht ein deutlicher Leidensdruck der Betroffenen und somit eine hohe Behandlungsmotivation. Erster Schritt jedoch muss eine umfassende fachliche Diagnostik und Differenzialdiagnostik sein. Da die Testungen umfangreich sind, nur in Spezialpraxen mit entsprechend langen Wartezeiten angeboten werden und Beobachtungen im sozialen und Alltagskontext große Bedeutung haben, sind diagnostische (teil-)stationäre Aufenthalte oft klärender als die ambulante Prüfung in kurzen Momentaufnahmen. Dies gilt besonders bei komplexen Vorgeschichten mit zahlreichen Vordiagnosen sowie bei Verquickung mit Sekundär- und Begleitsyndromen. Dabei sind jedoch die Schwierigkeiten mit neuen Situationen, Abläufen und Umgebungen zu berücksichtigen, sodass der Zeitraum im stationären Setting nicht zu knapp bemessen sein sollte. Der eindeutigen Diagnosestellung muss dann eine ausführliche Psychoedukation des Betroffenen und der Bezugspersonen folgen, um Verhaltensbesonderheiten, Interaktionsprobleme und Schemata in einem neuen Licht betrachten, verstehen und konstruktiv angehen zu können.

Auch wenn Asperger-Autismus nicht heilbar ist, kann doch ein kompaktes therapeutisches Programm im stationären Setting die Basis für weiterführende ambulante sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Maßnahmen legen. Bausteine wären Maßnahmen zum Training der sozialen Kompetenz, der kommunikativen Fähigkeiten sowie des emotionalen Ausdrucks respektive Verständnisses. Darüber hinaus könnte intensiv mit Angehörigen gearbeitet, die schulisch-berufliche Perspektive geplant und

erforderliche unterstützende Maßnahmen in die Wege geleitet werden.

Aktuell scheint in den psychiatrischen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken die Nachfrage nach diagnostischen und therapeutischen Angeboten nicht hinreichend gedeckt werden zu können beziehungsweise kommt es nur bei schweren Fällen zu einem klinischen Aufenthalt. Entsprechend kompakte Diagnostik- und Therapiepakete könnten jedoch nicht nur für die Betroffenen zur zügigen Abklärung und Basistherapie hilfreich, sondern auch gesundheitsökonomisch von Interesse sein, um Chronifizierungen und Folgeerkrankungen im psychiatrischen Spektrum vorzubeugen. Da zumeist Heranwachsende betroffen sind, zeigt sich das zum Beispiel in unserer Klinik gegebene adoleszentenpsychiatrische Setting besonders vorteilhaft, wodurch sich auch automatisch ein ideales Übungsfeld zum Umgang mit Gleichaltrigen ergibt.

Fazit für die Praxis

Gesellschaftliche Phasen haben die Tendenz gewisse Häufungen in der psychiatrischen Diagnostik hervorzubringen, und „Asperger“ befindet sich weiter auf dem Weg zur populären Diagnose. Warum? Während in der Frühphase der Globalisierung der hoch wettbewerbsorientierte „Typ A“, Typ „Manager“, mit vermutetem Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen in den Vordergrund trat, ist seine heutige Inkarnation der „Ausgebrannte“ („Burn-out“), der an den Auswüchsen der Globalisierung und allgegenwärtigen Vernetzung scheitert. Die massen-

hafte Verbreitung von Computerspielen und die allgemeine Reizüberflutung der 1990er-Jahre brachte die ADHS-Diagnostik zum Erlühen. Nachdem die digitale Revolution das Alltagsleben komplett durchdrungen hat und die „gestützte Kommunikation“ über Rechnernetze für viele Menschen die vorherrschende Art des zwischenmenschlichen Kontakts geworden ist, ist Autismus im landläufigen Sinne gesellschaftskompatibler geworden. Ein „Aspie“ zu sein ist oft akzeptabler als eine Depression oder Zwangsstörung zu haben. Insofern vermischt sich im weiteren Anstieg der Prävalenzzahlen die Korrektur der früheren Unterdiagnostizierung mit dem Anstieg durch falsch Positive. Und in manchen Branchen setzt man sogar gezielt auf Autisten: In Dänemark gründete der Vater eines Autisten eine Firma, die in einem weltweiten Netzwerk aufgegangen ist: „Specialisterne Denmark (...) is an innovative social enterprise providing assessment, training, education and IT consultancy services, where most of the employees are people with autism“ (www.specialistpeople.com). □

LITERATUR

Springermedizin.de/neurotransmitter

Dipl.-Psych. Wolfgang Deimel

Prof. Dr. med. Claudia Mehler-Wex

(Korrespondenz)

HEMERA Klinik für Seelische Gesundheit,

Privatklinik für Adoleszentenpsychiatrie

Schönbornstr. 16, 97688 Bad Kissingen

www.hemera.de

E-Mail: mehler-wex@hemera.de



Weitere Infos auf springermedizin.de

Psychotherapie des Asperger-Syndroms im Erwachsenenalter

Beim Asperger-Syndrom (AS) werden therapeutische Maßnahmen wie Einzel- und Gruppentherapie in Deutschland zumeist für Kinder und Jugendlichen angeboten, für Erwachsene sind diese jedoch kaum vorhanden und umfassende Konzepte fehlen. Dieser Artikel beschreibt therapeutische Ansätze und das Konzept der Freiburger Asperger-spezifischen Therapie für Erwachsene (FASTER) (434458).

Diesen Artikel finden Sie, indem Sie den Titel oder die (in Klammern gesetzte) ID-Nummer in die Suche eingeben.

LITERATUR

1. Biscaldi M., Rauh R., Tebartz van Elst L., Riedel A. Autismus-Spektrum-Störungen vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter. *Nervenheilkunde* 2012;31:498-507.
2. Bölte, S., Poustka, F. Fragebogen zur Sozialen Kommunikation – Autismus Screening. Göttingen, Hogrefe, 2006.
3. Bölte, S., Poustka, F. Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität - Dimensionale Autismus-Diagnostik. Göttingen, Hogrefe, 2007.
4. Bölte, S., Rühl, G., Schmötzer, G., Poustka, F. ADI-R - Diagnostisches Interview für Autismus – Revidiert. Göttingen, Hogrefe, 2006.
5. Bölte S., Poustka F. SRS. Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität. Dimensionale Autismus-Diagnostik. Göttingen, Hogrefe, 2008.
6. Brugha, T.S., McManus, S., Bankart, J., Scott, F., Purdos, S., Smith, J., Bebbington, P., Jenkins, R., Meltzer, H. Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community of England. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(5):459-465.
7. Freitag C.M. The genetics of autistic disorders and its clinical relevance: a review of the literature. *Molecular Psychiatry* 2007;12:2-22.
8. Freitag C.M.: Genetik autistischer Störungen. *Z Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychother* 2008;36(1):7-15
9. Freitag, C.M. Autistische Störungen – State-of-the-Art und neuere Entwicklungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 2012;40:139-149
10. Gerlach M., Wewetzer Ch., Walitza S., Mehler-Wex C., Warnke A. *Neuropsychopharmaka im Kindes- und Jugendalter*. Wien: Springer, 2008, 2. Auflage.
11. Häußler A., Happel C., Tuckermann A., Altgassen M., Adl-Amini K. *SOKO Autismus: Gruppenangebote zur Förderung Sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen 2008.
12. Herbrecht E., Bölte S., Poustka F. *KONTAKT* Frankfurter Kommunikations- und Soziales Interaktions-Gruppentraining bei Autismus-Spektrum-Störungen. Göttingen: Hogrefe 2008.
13. Kamp-Becker J, 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.
14. Müller M., Biscaldi M., Rauh R., Fleischhaker C., Schulz E. *TOMTASS Theory of Mind Training bei Autismus-Spektrum-Störungen*. Heidelberg, Springer 2011.
15. Poustka L., Rothermel B., Banaschewski T., Kamp-Becker I. Intensive verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme bei Autismus-Spektrum-Störungen. *Kindheit und Entwicklung* 2012;21(2):81-89.
16. Preißmann, C. *Psychotherapie und Beratung bei Menschen mit Asperger-Syndrom*. Stuttgart, Kohlhammer, 2009, 2. Auflage.
17. Remschmidt H., Kamp-Becker I. *Asperger-Syndrom*. Berlin: Springer, 2006.
18. Rühl, G., Bölte, S., Feineis-Matthews, S., Poustka, F. *ADOS - Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen*. Göttingen, Hogrefe, 2004.