

Autismus-Spektrum-Störungen

Prof. Dr. Simone Munsch

University of Fribourg

Department of Psychology

Clinical Psychology and Psychotherapy

ASS



Susan Boyle



Greta Thunberg



Clay Marzo

Autismus = Selbstbezogenheit, vom griechischen „autos“
(= selbst)

Ursprünglich von Eugen Bleuler eingeführt (Loslösung von
der Wirklichkeit bei Überwiegen des Innenlebens bei
schizophrenen Psychosen)

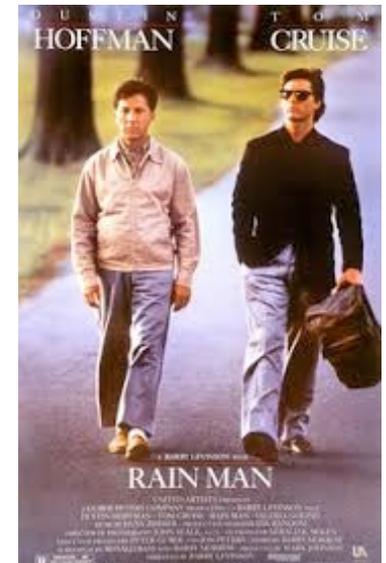
Video: Frühkindlicher Autismus



<https://www.youtube.com/watch?v=Vxh69Q5mpdY>

Was ist Autismus? Erklärt von Prof. Christine M. Freitag

<https://www.youtube.com/watch?v=cvAso7jD36k>



Konzeptentwicklung: historischer Abriss

- **1912: Eugen Bleuler**, Begriff in Bezug auf schizophrene Psychosen eingeführt
⇒ Loslösung von der Wirklichkeit bei Überwiegen des Innenlebens
(Selbstbezogenheit)
- **1943: Leo Kanner** publiziert Falldarstellungen zu Kindern mit schwerer Beeinträchtigung der sozialen Kommunikation und ritualisiertem und stereotypen Verhalten
- **1944: Wiener Pädiater Hans Asperger** beschreibt Kinder mit mindestens durchschnittlicher kognitiver Begabung und altersadäquatem Sprachniveau jedoch Auffälligkeiten in nonverbaler Kommunikation, mit umschriebenen Spezialinteressen und mit motorischen Koordinationsschwächen
- Als „**Kindliche Schizophrenie**“ in **DSM-I** klassifiziert
- Erst **1970 als tiefgreifende Entwicklungsstörungen** beschrieben

Autismus-Spektrum-Störungen: Definition

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen mit folgenden Merkmalen:

Schwierigkeiten in der
**reziproken sozialen
Interaktion**

Auffälligkeiten in der
verbalen und non-
verbalen
Kommunikation

eingeschränkte
Interessen und/ oder
stereotype oder
wiederholende
Verhaltensweisen

Damit assoziiert/ zudem:

- Schwierigkeiten **Emotionen zu erkennen**
- Schwierigkeiten die **soziale Bedeutung** von subtilem, durch Körperhaltung, Mimik, Gestik vermitteltem Ausdruck zu erkennen und sich darauf einzustellen
- Monotone oder der Situation nicht angemessene **Intonation, Prosodie**
- Unbeholfene **Motorik**
- Abweichende (oft verminderte) **Schmerzempfindung**
- Über- oder Unterempfindlichkeit gegenüber **sensorischen Reizen**

Autismus-Spektrum-Störungen: Definition ff

- Unabhängig von Intelligenzentwicklung, **falls Intelligenzminderung vorliegt**, bedeutet es zusätzliche Einschränkung
- Häufig **Wahrnehmungsbesonderheiten**
- Häufig Probleme im **Schlaf- und im Essverhalten**
- Komplexe Diagnostik, **Symptome variieren auch** innerhalb einer Person (in verschiedenen Situationen, über Entwicklung), es gibt kein einzelnes spezifisches Symptom
- Verhältnis weiblich : männlich = **1 : 3**

- **Oft spätere Diagnose**
 - Häufig erst beim Vorliegen von Komorbiditäten, fallen später auf
 - Geschlechtsspezifische Testdiagnostik
- **Beispiele für konkrete Fragen bei Mädchen, die auf ASS deuten können:**
 - Kann sie sich anpassen beim Spielen?
 - Hat sie eine enge Freundin?
 - Ergreift sie die Spielinitiative oder fragen immer die anderen?
- **Merkmale**
 - Soziale Konzepte fehlen, harzige Interaktion
 - Zwang und Ängstlichkeit, Schüchternheit und Zurückgezogenheit
 - Spezialinteressen eher im angepassten sozialen Bereich, jedoch zu intensive Beschäftigung (z.B. Nagellack, Popstars)
 - Blickkontakt starrend und intensiv
 - Wenig reziproke Freundschaften
 - ARFID (z.B. nur grüne Sachen essen) kann auf ASS bei Mädchen hinweisen

Die Entwicklung der sozialen Ansprechbarkeit

- Ab Geburt wird die menschliche **Stimme und Gesichter** (Augen) bevorzugt
- Ab 1-2 Monaten: **soziales Lächeln** – Spiegelung emotionaler Zustände
- 4-6 Monate: erstes **soziales Spiel**
- 8 Monate: Angst – **Fremdeln**
- 10 Monate: **social referencing** (z. B. imitieren, frühe ToM)
- 12-24 Monate: **Rollenspiel**, ToM wird differenzierter

Theory of Mind (ToM) ist ein Sammelbegriff für Kognitionen, die es einem Menschen ermöglichen, fremdes und eigenes Verhalten und Erleben zu erkennen, vorherzusagen und zu kommunizieren

Diagnostik

- Fragebögen als Pre-Screening
- Diagnostisches Interview (Diagnostisches Interview für Autismus ADI-R und Beobachtungskala ADOS-2)
- Fremdanamnese
- Ausführliche neuropädiatrische Untersuchung
- Testpsychologische Untersuchung zu kognitiven und neuropsychologischen Funktionen
- Erfassung alltagspraktischer Fertigkeiten



Beispielitems aus dem Screening mit M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers)

1. Hat Ihr Kind Freude daran, wenn Sie es hin- und herschaukeln oder, wenn Sie es auf den Knien reiten lassen, etc.?	?	?
2. Zeigt Ihr Kind Interesse an anderen Kindern?	?	?
3. Klettert Ihr Kind gerne, zum Beispiel auf Treppen?	?	?
4. Spielt Ihr Kind gerne das „Guck-Guck-Spiel“ oder Verstecken?	?	?
5. Hat Ihr Kind jemals so getan, als ob es sich beispielsweise mit einer Spielzeug-Teekanne Tee einschenken würde, oder hat es jemals ein anderes (imaginäres) Spiel gespielt?	?	?
6. Hat Ihr Kind jemals den Zeigefinger benutzt, um etwas zu zeigen oder um um etwas zu bitten?	?	?
7. Hat Ihr Kind jemals den Zeigefinger benutzt, um auf etwas zu zeigen oder um Interesse für etwas zu bekunden?	?	?

Beispielfragen aus dem Screening-Interview: K-SADS

Hinweis: Diese Störungen treten in der Regel schon in **frühen Lebensabschnitten** auf. Denken Sie daran, bei jedem der unten aufgeführten Items die Dauer des jeweiligen Symptoms zu bewerten und einzubeziehen, ob es bereits im Vorschulalter oder früher aufgetreten ist. Denken Sie bitte auch daran, für jedes Item Ihre **klinische Beobachtung** des während des Gesprächs gezeigten Verhaltens in der abschließenden Bewertung zusammenzufassen.

1. Stereotype oder sich wiederholende Sprache, Motorik oder Verwendung von Gegenständen

Eltern: Zeigt Ihr Kind ungewöhnliche motorische Verhaltensweisen? Wedelt es zum Beispiel mit den Händen herum, bewegt es den Kopf oder den Körper hin und her oder dreht es sich häufig im Kreis?
Wackelt Ihr Kind häufig mit den Fingern?

Wiederholt Ihr Kind, was Sie sagen? Plappert es das nach, was Sie oder andere Personen sagen? Verwendet es wiederholt idiosynkratische (eigentümliche) Formulierungen?

Zeigt Ihr Kind andere repetitive Verhaltensweisen? Wird vielleicht ein Spielzeug oder ein Haushaltsgegenstand auf außergewöhnliche oder merkwürdige Weise verwendet?

Kind: Beobachtest du gerne deine Hände, wenn du mit den Fingern wackelst? Beruhigt dich das Hin- und Herschaukeln, wenn du aufgeregt bist?

Sagen dir andere Menschen, dass du stillhalten und aufhören sollst, dich zu drehen?

<u>E</u>	<u>K</u>	<u>Z</u>	
()	()	()	0 – Keine Informationen.
()	()	()	1 – Nicht vorhanden. Keine außergewöhnlichen Hand-/Fingerbewegungen.
()	()	()	2 – Subklinisch: Einige vereinzelte Vorfälle, treten selten zum Vorschein.
()	()	()	3 – Klinisch: Gelegentliches oder häufigeres Auftreten.

VERGANGENHEIT:

--	--	--

E K Z

Screening-Interview: K-SADS

3. Stark eingeschränkte, fixierte Interessen, die in ihrer Intensität oder ihrem Fokus abnormal sind

Oft äußern sich diese vor allem in der Entwicklung einer umfassenden Beschäftigung mit einem umschriebenen Thema oder Interesse, über welches das Kind eine große Menge an Fakten und Informationen sammeln kann. Diese Interessen und Aktivitäten werden mit großer Intensität verfolgt, oft unter Ausschluss anderer Aktivitäten. Bewerten Sie den Fokus und/oder die Intensität.

Eltern: *Hat Ihr Kind Interessen, die andere Kinder in seinem Alter nicht haben, wie zum Beispiel ein Interesse an Deckenventilatoren oder Heizkörpern?
Merkt sich Ihr Kind ungewöhnliche Informationen wie Busfahrpläne, historische Daten oder andere Fakten, die Ihr Kind täglich beschäftigen?*

<u>E</u>	<u>K</u>	<u>Z</u>	
()	()	()	0 – Keine Informationen.
()	()	()	1 – Nicht vorhanden.
()	()	()	2 – Subklinisch: Beschäftigungen, die keine wesentliche Beeinträchtigung verursachen oder übermäßig viel Zeit in Anspruch nehmen.
()	()	()	3 – Klinisch: Eindeutige Beschäftigung mit einem oder mehreren stereotypen und eingeschränkten Interessenmustern, die entweder in ihrer Intensität oder ihrem Fokus abnormal sind. Verursacht eine erhebliche Beeinträchtigung der sozialen Funktion oder schränkt die Teilnahme an anderen Aktivitäten ein.

Screening-Interview: K-SADS

Hinweis: Beurteilen Sie Symptome, die in der frühen Kindheit ihren Anfang haben.

1. Defizite bei der sozial-emotionalen Reziprozität

Eltern: *Hat Ihnen Ihr Kind als Kleinkind Spielsachen und andere Dinge gezeigt, die es interessierten, oder hat es allein gespielt, ohne auf Sie Bezug zu nehmen?*

Wenn Ihrem Kind jetzt etwas Gutes widerfährt (beispielsweise eine gute Note in der Schule oder ein anderer Erfolg), wird Ihnen Ihr Kind dann spontan davon erzählen? Wird Ihr Kind die guten Nachrichten mit Freunden teilen?

Kind: Wenn dir etwas Gutes passiert – du zum Beispiel eine gute Note in der Schule bekommst oder du anderweitig erfolgreich bist –, behältst du das für dich oder erzählst du es deiner Mutter/deinem Vater oder jemand anderem?

HINWEIS: BEWERTEN SIE DIES NICHT ALS POSITIV, WENN ES DURCH ANDERE ERKRANKUNGEN (WIE ANGSTZUSTÄNDE, PSYCHOSEN, DEPRESSIONEN, VERHALTENSSTÖRUNGEN) ODER NORMALES JUGENDLICHES VERHALTEN ERKLÄRT WERDEN KANN.

<u>E</u>	<u>K</u>	<u>Z</u>	
()	()	()	0 – Keine Informationen.
()	()	()	1 – Nicht vorhanden.
()	()	()	2 – Subklinisch: Das Kind versucht manchmal, solche Erfolge zu teilen, aber weder häufig noch spontan.
()	()	()	3 – Klinisch: Versucht nicht spontan, Freude, Interessen oder Errungenschaften mit anderen zu teilen, oder teilt sie nur mit, wenn es um ein bestimmtes Thema geht.

VERGANGENHEIT:

E	K	Z

Screening-Interview: K-SADS

2. Defizite bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Beziehungen, die dem Entwicklungsstand entsprechen

Dies kann je nach Alter unterschiedliche Formen annehmen. Sehr junge Kinder haben möglicherweise wenig oder gar kein Interesse daran, Freundschaften zu schließen. Ältere Kinder haben vielleicht Interesse an Freundschaften, verstehen aber die Konventionen des sozialen Miteinanders nicht.

Eltern: *Hat Ihr Kind gute Freunde in seinem Alter?*

Trifft sich Ihr Kind nach der Schule und an den Wochenenden mit anderen Kindern?

Kommt Ihr Kind mit jüngeren Kindern oder mit Erwachsenen besser zurecht als mit Kindern in seinem Alter?

Zieht Ihr Kind es vor, allein zu sein?

Möchte Ihr Kind gerne sozial sein, schafft es aber nicht, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen? Möchte Ihr Kind Freunde finden, weiß aber nicht, warum andere Kinder nicht mit ihm befreundet sein wollen?

Ist Ihr Kind in der Lage zu verstehen, wie andere Kinder in sozialen Situationen reagieren? Oder interpretiert es die Reaktionen seiner Mitmenschen in sozialen Situationen falsch oder „stellt sich nicht auf sie ein“?

Wird Ihr Kind ausgenutzt?

Kann Ihr Kind nur zu seinen eigenen Bedingungen mit anderen Kindern zusammen sein?

<u>E</u>	<u>K</u>	<u>Z</u>	
()	()	()	0 – Keine Informationen.
()	()	()	1 – Nicht vorhanden.
()	()	()	2 – Subklinisch: Das Kind hat wenige persönliche Beziehungen, meist in Gruppensituationen oder hauptsächlich in Bereichen mit beschränkten Interessen.
()	()	()	3 – Klinisch: Das Kind ist nicht in der Lage, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen, die dem Entwicklungsstand entsprechen. Es ist unfähig, die Reaktionen Gleichaltriger in sozialen Situationen zu deuten.

Kind: *Bist du gerne mit anderen Kindern in deinem Alter zusammen oder bist du lieber die meiste Zeit allein?
Hast du einen besten Freund oder eine beste Freundin?
Triffst du dich mit ihm oder ihr nach der Schule oder an den Wochenenden?*

HINWEIS: ACHTEN SIE DARAUF, DEN BERICHT DES KINDES UNTER EINBEZIEHUNG VON ZUSÄTZLICHEN INFORMATIONEN ZU GEWICHTEN. BEWERTEN SIE DIES NICHT ALS POSITIV, WENN ES AUSSCHLIESSLICH AUF ANDERE ERKRANKUNGEN ZURÜCKZUFÜHREN IST, WIE ETWA ADHS, SOZIALE ÄNGSTE, SCHIZOPHRENIE ODER EINE SCHIZOIDE PERSÖNLICHKEIT.

Screening-Interview: K-SADS

3. Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorische Reize oder ungewöhnliches Interesse an sensorischen Aspekten der Umwelt

Eltern: *Reagiert Ihr Kind besonders empfindlich auf Sinneseindrücke? Reagiert Ihr Kind empfindlich auf Etiketten in der Kleidung oder auf das Gefühl von verschiedenen Stoffen? Reagiert Ihr Kind sehr empfindlich auf eine Veränderung der Beleuchtung oder der Geräusche in der Wohnung? Oder scheint Ihr Kind Aspekte seiner Umgebung nicht wahrzunehmen? Scheint Ihr Kind Schmerzen oder extreme Temperaturschwankungen manchmal nicht zu bemerken? Gibt es Dinge, die Ihr Kind gerne anfasst oder an denen es gerne riecht?*

Kind: *Trägst du bestimmte Kleidungsstücke nicht gerne, weil dich die Etiketten oder der Stoff wirklich stören?*

<u>E</u>	<u>K</u>	<u>Z</u>	
()	()	()	0 – Keine Informationen.
()	()	()	1 – Nicht vorhanden.
()	()	()	2 – Subklinisch: Leichte Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorische Reize.
()	()	()	3 – Schwellenwert: Auffällige und beeinträchtigende Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorische Reize.

VERGANGENHEIT:

E	K	Z

Screening-Interview: K-SADS

5. Kommunikative und soziale Defizite bei Patientinnen und Patienten mit Autismus-Spektrum-Störungen

A. Einseitige Verbosität („Wortschwall“)

*Spricht Ihr Kind oft ununterbrochen über eine Sache, fast so, als würde es eine Rede halten, anstatt ein Gespräch zu führen?
Haben die Leute jemals gesagt, dass Ihr Kind wie „ein kleiner Professor/eine kleine Professorin“ ist?*

B. Pragmatische Defizite in der Sprache

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, die subtileren Aspekte der Sprache zu verstehen? Weiß Ihr Kind zum Beispiel nicht, dass man sich in einem Gespräch abwechselt, oder versteht Ihr Kind keinen Sarkasmus und keine Analogien (z. B.: „Sie ist dumm wie Bohnenstroh“)?

D. Unaufhörliches und unsensibles Suchen von Kontakt zu anderen Personen

Sucht Ihr Kind unablässig den Kontakt zu anderen, auch wenn diese kein Interesse an einem Gespräch oder einem Zusammensein mit ihm zu haben scheinen? Fällt es Ihrem Kind schwer, die sozialen Signale anderer zu erkennen?

C. Abnormalitäten in der Stimmmodulation/Prosodie

Ist ihnen etwas Ungewöhnliches an der Intonation Ihres Kindes aufgefallen? Spricht Ihr Kind mit monotoner Stimme? Oder hat es einen übertriebenen Singsang in der Stimme? Kann Ihr Kind die Lautstärke seiner Stimme schlecht kontrollieren oder betont es beim Reden komische Wörter?

Screening-Interview: K-SADS

DSM-5-Kriterien

0	1	2	0	1	2
()	()	()	()	()	()

Genauere Angabe:

- _____ Mit begleitender geistiger Behinderung
- _____ Mit begleitender Sprachbehinderung
- _____ In Verbindung mit einem bekannten medizinischen oder genetischen Zustand oder einem Umweltfaktor
- _____ In Verbindung mit einer anderen neurologischen Entwicklungsstörung, einer geistigen Störung oder einer Verhaltensstörung
- _____ Ohne begleitende geistige Behinderung
- _____ Ohne begleitende Sprachbehinderung

Genauere Angabe zur Intensität:

- _____ Stufe Eins: Unterstützung erforderlich (z. B. verminderte soziale Interaktionen, Wechselgespräche mit anderen Personen scheitern).
- _____ Stufe Zwei: Erhebliche Unterstützung erforderlich (z. B. spricht in einfachen Sätzen, hat begrenzte und sehr spezielle Interessen, außergewöhnliche nonverbale Kommunikation).
- _____ Stufe Drei: Sehr intensive Unterstützung erforderlich (z. B. Kind mit wenigen verständlichen Worten, initiiert nur selten eine Interaktion, macht ungewöhnliche Annäherungsversuche).

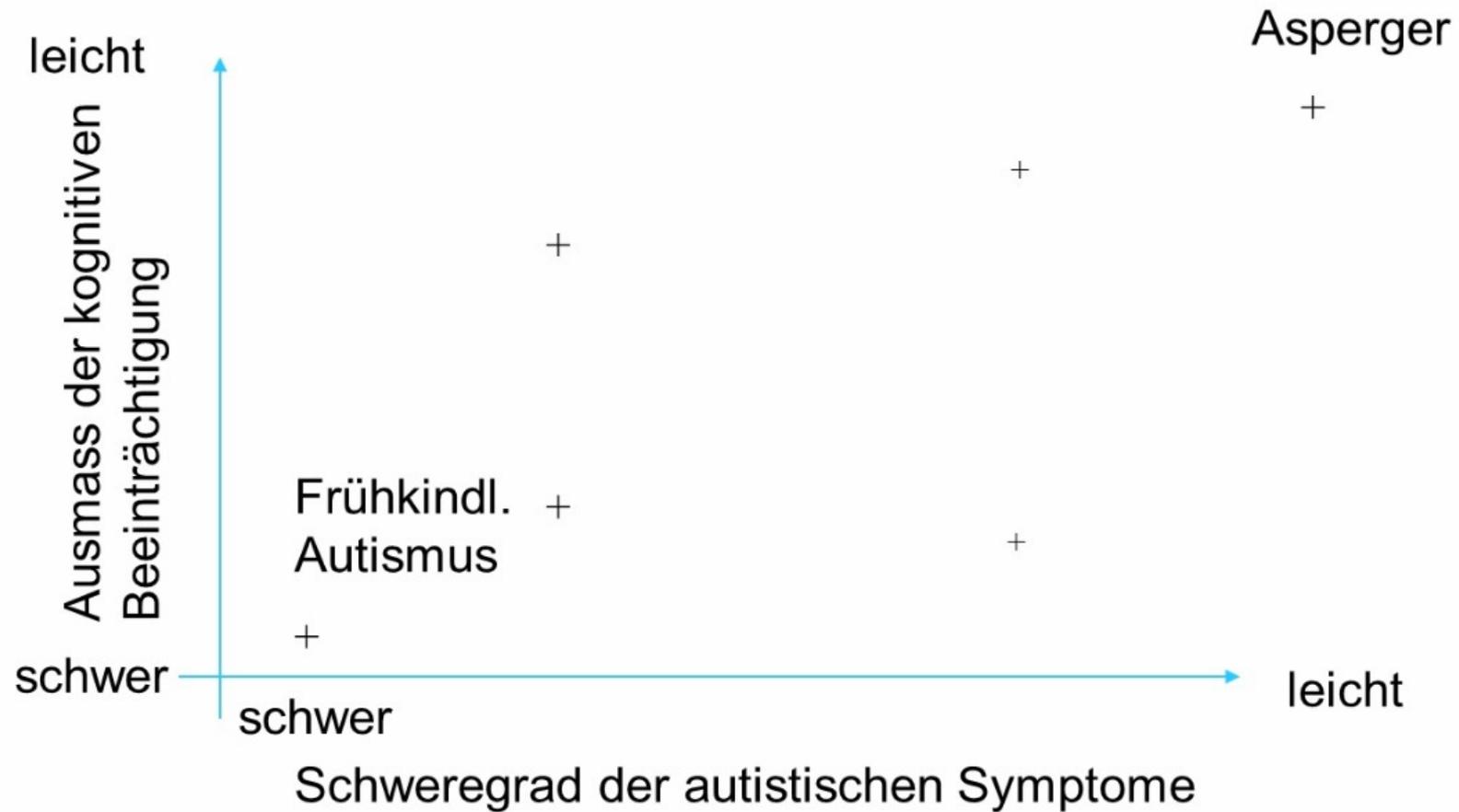
Frühkindlicher Autismus

(Kanner-Autismus)

- Beginn der Erkrankung vor dem 3. Lebensjahr
- **Verläufe:**
 - Oft entwickeln sich die Kinder **bereits in den ersten Lebensmonaten auffällig**
 - In einigen Fällen verläuft die frühkindliche Entwicklung **anfangs scheinbar normal**, Auffälligkeiten werden zum Teil erst im zweiten oder dritten Lebensjahr sichtbar
 - Weiter gibt es den Verlauf, dass es nach einer anfangs scheinbar normalen Entwicklung **erst im zweiten oder dritten Lebensjahr zu einem Verlust der bereits erworbenen sozialen und kommunikativen Fähigkeiten** kommt



Verteilung der Störungsbilder



Klassifikation vom ICD-10 zum ICD-11

Tabelle 1. Autismus und Autismus-Spektrum-Störungen in ICD-10 und ICD-11

	ICD-10	ICD-11
Kapitel	F84: Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	Neuroentwicklungsstörungen (<i>neurodevelopmental disorders</i>)
Kategorien	F84.0 Autismus	6A02 Autismus-Spektrum-Störung
	F84.1 Atypischer Autismus	6A01.22 Sprachentwicklungsstörung mit überwiegender Einschränkung der pragmatischen Sprache
	F84.2 Rett-Syndrom	Entfällt als psychische Störung
	F84.3 Andere desintegrative Störung des Kindesalters	Entfällt als psychische Störung
	F84.4 Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien	6A06 Stereotype Bewegungsstörung
	F84.5 Asperger-Syndrom	6A02 Autismus-Spektrum-Störung
	F84.8 Sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörung	6A02.Y Andere spezifische Autismus-Spektrum-Störung
	F84.9 Tiefgreifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet	6A02.Z Unspezifische Autismus-Spektrum-Störung

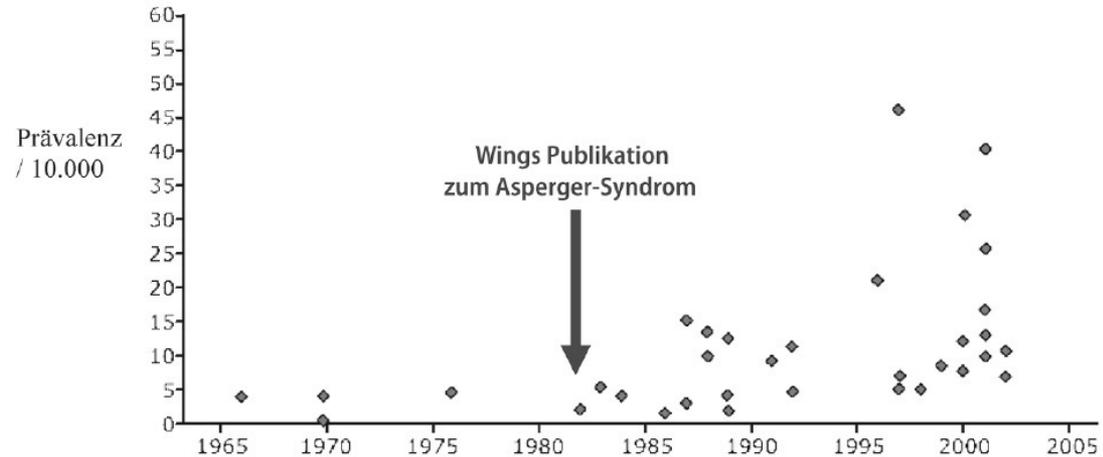
- **Übergreifende Diagnose** „Autismus-Spektrum-Störung“ analog zu DSM-5 statt der unterschiedlichen Diagnosen frühkindlicher Autismus, Asperger-Syndrom und atypischer Autismus
- Einschränkungen in den **beiden zentralen Bereichen 1)** soziale Interaktion und Kommunikation so wie **2)** restriktive, repetitive, unflexible Verhaltensmuster und Interessen (alleinige Vorliegen von sozialen und kommunikativen Einschränkungen erlaubt nicht mehr die ASS-Diagnose im Sinne eines atypischen Autismus)

Autismus-Spektrum-Störung

Diagnostische Kriterien	F84.0
<p>A. Anhaltende Defizite in der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion über verschiedene Kontexte hinweg. Diese manifestieren sich in folgenden aktuell oder in der Vergangenheit erfüllten Merkmalen (die Beispiele sind erläuternd, nicht vollständig):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Defizite in der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit. Diese reichen z. B. von einer abnormen sozialen Kontaktaufnahme und dem Fehlen von normaler wechselseitiger Konversation sowie einem verminderten Austausch von Interessen, Gefühlen oder Affekten bis hin zum Unvermögen, auf soziale Interaktion zu reagieren bzw. diese zu initiieren.2. Defizite im nonverbalen Kommunikationsverhalten, das in sozialen Interaktionen eingesetzt wird. Diese reichen z. B. von einer schlecht aufeinander abgestimmten verbalen und nonverbalen Kommunikation bis zu abnormem Blickkontakt und abnormer Körpersprache oder von Defiziten im Verständnis und Gebrauch von Gestik bis hin zu einem vollständigen Fehlen von Mimik und nonverbaler Kommunikation.3. Defizite in der Aufnahme, Aufrechterhaltung und dem Verständnis von Beziehungen. Diese reichen z. B. von Schwierigkeiten, das eigene Verhalten an verschiedene soziale Kontexte anzupassen, über Schwierigkeiten, sich in Rollenspielen auszutauschen oder Freundschaften zu schließen, bis hin zum vollständigen Fehlen von Interesse an Gleichaltrigen. <p><i>Bestimme den aktuellen Schweregrad:</i> Der Schweregrad basiert auf Beeinträchtigungen der sozialen Kommunikation sowie eingeschränkten, repetitiven Verhaltensmustern (siehe Tabelle 2).</p>	

Diagnosekriterien gemäss DSM-5: Schweregrad

Schweregrad	Soziale Kommunikation	Restriktive, repetitive Verhaltensweisen
Schweregrad 3 „Sehr Umfangreiche Unterstützung Erforderlich“	Starke Einschränkungen der verbalen und nonverbalen sozialen Kommunikationsfähigkeit verursachen schwerwiegende funktionelle Beeinträchtigungen, eine sehr begrenzte Initiierung sozialer Interaktionen und eine minimale Reaktion auf soziale Angebote von anderen. Eine Person mit Autismus-Spektrum-Störung verfügt z. B. über wenige Worte verständlicher Sprache, initiiert nur selten Interaktionen, und wenn sie dies tut, dann in ungewöhnlicher Form mit der Absicht, die eigenen Bedürfnissen zu erfüllen. Diese Person reagiert nur auf sehr direkte Kontaktaufnahme.	Unflexibilität des Verhaltens, extreme Schwierigkeiten im Umgang mit Veränderungen oder andere restriktive/repetitive Verhaltensweisen mit ausgeprägten Funktionsbeeinträchtigungen in allen Bereichen. Zeigt großes Unbehagen bzw. hat große Schwierigkeiten, den Fokus oder die Handlung zu verändern.
Schweregrad 2 „Umfangreiche Unterstützung Erforderlich“	Ausgeprägte Einschränkungen in der verbalen und nonverbalen sozialen Kommunikationsfähigkeit. Die sozialen Beeinträchtigungen sind auch mit Unterstützung deutlich erkennbar, reduzierte Initiierung von sozialen Interaktionen oder abnormale Reaktionen auf soziale Angebote von anderen. Eine Person spricht z. B. in einfachen Sätzen, sie verfügt über eine eigenartige nonverbale Kommunikation und die Interaktion beschränkt sich auf begrenzte Spezialinteressen.	Unflexibilität des Verhaltens, Schwierigkeiten im Umgang mit Veränderungen oder andere restriktive/repetitive Verhaltensweisen treten häufig genug auf, um auch für den ungeschulten Beobachter offensichtlich zu sein, und sie beeinträchtigen das Funktionsniveau in einer Vielzahl von Kontexten. Zeigt Unbehagen und/oder hat Schwierigkeiten, den Fokus oder die Handlung zu verändern.
Schweregrad 1 „Unterstützung Erforderlich“	Die Einschränkungen in der sozialen Kommunikation verursachen ohne Unterstützung bemerkbare Beeinträchtigungen. Schwierigkeiten bei der Initiierung sozialer Interaktionen sowie einzelne deutliche Beispiele von unüblichen oder erfolglosen Reaktionen auf soziale Kontaktangebote anderer. Scheinbar vermindertes Interesse an sozialen Interaktionen. Die Person ist z. B. in der Lage, in ganzen Sätzen zu sprechen und sich jemandem mitzuteilen, aber ihre Versuche zu wechselseitiger Konversation misslingen, ihre Bemühungen, Freundschaften zu schließen wirken merkwürdig und sind in der Regel erfolglos.	Unflexibilität des Verhaltens führt zu deutlichen Funktionsbeeinträchtigungen in einem oder mehreren Bereichen. Schwierigkeiten, zwischen Aktivitäten zu wechseln. Probleme in der Organisation und Planung beeinträchtigen die Selbstständigkeit.



Median der Prävalenz 8,7 / 10.000 (Bereich 0,7-46,4). Mittelwert (95% Konfidenzintervall) 12,0 (0,3- 115,9). Die Prävalenzraten korrelieren signifikant ($p < .01$) mit der Stichprobengröße und Jahr der Publikation.

■ Abb. 21.1 Häufigkeitszunahme von ASS-Fällen in 34 Prävalenzstudien per 10.000 Kinder nach Jahr der Erhebung. Auffällig ist der Anstieg nach der Publikation zum Asperger-Syndrom von Wing im Jahr 1981. (Mod. nach Fombonne 2005)

- DSM-5: **0.9-1%**
- **Veränderung der Prävalenz** aufgrund neuer Bedingungen \Rightarrow frühere subklinische Formen wurden eingeschlossen, gesteigertes Bewusstsein, unterschiedliche Methoden in Studien, oder tatsächliche Zunahme
- **2 Erkrankungsgipfel:** 3.-5. Lebensjahr und 10. Lebensjahr
- Häufige Komorbidität bei Kindern mit **Intelligenzminderung** (30-55% betroffen)

Komorbidität

- Bei **70-80%**: mind. **1 komorbide Störung**
- Bei **40%**: mind. **2 komorbide Störungen**
 - Angst, soziale Angststörung, ADHS, oppositionelle Störungen, Zwangsstörungen, Ausscheidungsstörungen, Schlafstörungen, Essstörungen
 - Neurologische Störungen (Epilepsie, CP, intellektuelle Beeinträchtigung u.a.m.)
 - Genetische Syndrome (Fragiles X, Williams-Syndrome u.a.m.)

- **Heterogener Verlauf** aufgrund der Heterogenität der ASS
- Zwar deutliche Verbesserung möglich, **meist jedoch lebenslang persistierend**

Ätiologie I

- **Genetische Ursachen:** 37% Konkordanz bei Zwillingsuntersuchungen, keine eindeutigen Marker
- **Neuroanatomische Besonderheiten:** Gehirnentwicklung verschiedener Areale (Kleinhirn, Corpus callosum, Amygdala, orbito-frontaler Kortex) anders, erhöhtes Gehirnvolumen
- **Neurophysiologische Faktoren:** andere Aktivierungsmuster in sozialen neuronalen Netzwerken, soziale Stimuli weniger interessant, Kontext wird weniger beachtet, weniger soziale Reaktivität (Blickkontakt, Imitieren, Folgen eines Blickkontakts oder Zeigens)
- Autismus entwickelt sich jedoch während der ersten Lebensjahre, **frühzeitige Intervention kann helfen, Ausprägungen zu reduzieren**

Ätiologie II

- **Neuropsychologische Theorien:**
 - Störungen der sozialen Kognition (Theory of Mind)
 - Exekutive Dysfunktionen (Planung, Organisation)
 - Schwache zentrale Kohärenz (Detailaufmerksamkeit, Informationsverarbeitung lokal nicht integrierend zur Gestalt)
- **Biologische Umweltfaktoren:** relativ gut gesicherte Befunde betreffend Röteln der Mutter während SS, Valproat (Antiepileptikum) in SS, Folsäuremangel in SS, höheres Alter der Eltern

Leitlinien Diagnostik und Therapie

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-018.html>

Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik

Registernummer 028 - 018

Klassifikation **S3**

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-047.html>

Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 2: Therapie

Registernummer 028 - 047

Klassifikation **S3**

Entwicklungsorientierte und verhaltenstherapeutisch basierte Therapieprogramme

- Soziale Interaktion und Kommunikation verbessert sich langfristig durch das frühe Training **elterlicher Synchronizität und kindlicher Reziprozität**
- **Niedrigfrequente, umfassende, entwicklungsorientierte Therapieprogramme**
- **Alltagsnahe Lernumgebung**
 - A Dauer: Die Therapie soll **mindestens über 1 Jahr** erfolgen.
 - A Frequenz (Intensität): Die Therapie mit dem Kind oder mit Eltern und Kind **soll mindestens für 2 Stunden** pro Woche erfolgen. Zusätzlich sollten Eltern/primäre Bezugspersonen **zu Hause im Alltag** aktiv mit dem Kind interagieren und üben.
 - A Wesentliche Therapieinhalte
Die Therapie soll folgende wesentlichen Aspekte und Inhalte enthalten, die gemäß publizierter, überprüfter Therapiemanuale eingesetzt werden sollen:
 1. Zu Beginn soll eine möglichst standardisierte Einschätzung der Fertigkeiten des Kindes erfolgen, um **entwicklungsorientiert** und den aktuellen Fertigkeiten des Kindes angemessen fördern zu können. Die Förderung soll auf konkrete, in der Entwicklung aufeinander aufbauende Fertigkeiten zielen.
 2. Die **Motivation, Interessen und Bedürfnisse** des Kindes sollen bei der Therapie wesentlich beachtet werden, Über- oder Unterforderung soll vermieden werden.
 3. Die **Bedürfnisse der Familie** sollen bei der Therapieplanung beachtet werden.
 4. Die Therapie soll **ein Training der Eltern in elterlicher Synchronizität und Responsivität** bezüglich der Interessen und Aktivitäten des Kindes sowie des **elterlichen positiven Affekts in der Interaktion mit dem Kind** enthalten.
 5. Die Therapie soll ein Training des Kindes **in gemeinsamer Aufmerksamkeit, Imitation, funktionellem und Symbolspiel** enthalten. Der Aufbau der Fertigkeiten soll zunächst strukturiert angeleitet und dann zunehmend der eigenen Initiative des Kindes überlassen werden.
 6. Die Therapie soll **die selbstinitiierte nonverbale und verbale Kommunikation** des Kindes durch **positive und natürliche Verstärkung** jeder kommunikativen Äußerung des Kindes fördern.
 7. Die Therapie soll Übungen für das Kind bezüglich entwicklungsalters-angemessener **Handlungsplanung, Emotionsausdruck** und **Emotionsregulation sowie alltagspraktischer Fertigkeiten** enthalten.

Interventionen

- In Abhängigkeit des individuellen **Entwicklungsprofils**
- **Gute Strukturierung** und Organisation der Umgebung
- Indiziert sind eher **verhaltensorientierte**, direktive, strukturierte Behandlungsmethoden
- **Ziele sind:**
 - Aufbau sprachlicher, kognitiver und sozialer Fertigkeiten
 - Reduktion von Rigidität und Stereotypen
 - Aufbau von angemessenem Sozialverhalten (z.B. Blickkontakt)
 - Reduktion von unangemessenem Verhalten (Aggression, Selbstverletzung etc.)
 - Abbau familiärer Belastung



Autism Camouflage und Fatigue

- **Camouflage:** verbergen und verstellen von autistischem Verhalten zugunsten von sozial angepassten Verhaltensweisen
- **Autism Fatigue:** Erschöpfungszustand von Menschen mit ASS, der dem jahre- resp. lebenslangen Anpassungsprozess und Reizüberflutung zugeschrieben wird
- Interventionen können zu neuen Vulnerabilitäten führen! Gilt für jegliche Psychotherapie (PT); auch eine erfolgreiche PT hat Nebenwirkungen

Das Phänomen der Reizüberflutung

- **Overload:** Überbelastung aufgrund Reizüberflutung (kann alle Sinne betreffen)
- **Meltdown:** meist unkontrollierter Wutausbruch ohne absichtliches Zerstören oder Verletzen
- Folge von Overload: **Shutdown** = völliger Rückzug, keine Ansprechbarkeit in diesem Moment. Körperliche (Anfassen) oder verbale Zurechtweisung nicht sinnvoll. Nur Ruhe.
- **Prävention:**
 - Stress im Voraus erkennen und anpassen
 - Rückzugsmöglichkeit planen
 - Stereotypen nicht unterbrechen, wenn unter Stress beruhigend sind
 - Reize minimieren, genügend Pausen, eindeutige Absprachen (ohne Ironie/Zweideutigkeit, klare Strukturen im Alltag)

Merkmale aus der Praxis

- **Geschwindigkeit anpassen**
- Reizabschirmung und mehr Pausen, **kleine Schritte**, aber **kein Schonverhalten** (Insel)
- **Sinnhaftigkeit im Alltag mit den Betroffenen klären**
- **Gedankengänge erklären** und an **Metakognitionen** teilhaben lassen
- **Klare Kommunikation** und die Bereitstellung von **sozialen Skripts**
- **Konkrete und genaue Information nötig**, d.h. : detailgetreuer in die Therapie einführen
- Schwierigkeiten, sich in die Vergangenheit oder die Zukunft zu versetzen (leben stark im Hier und Jetzt): oft **nicht möglich, aus früheren Erfahrungen Parallelen zu ziehen**, Versprechen zu machen etc.
- **Flexibilitätseinschränkung**: Schwarzweiss-Denken aufbrechen und die Flexibilität fördern

Das rote Dings - Bilderbuch

