

1 Theoretische Einführung

1.1 Klassifikation und Diagnostik der Autismus-Spektrum-Störungen

Einleitend wird der Frühkindliche Autismus vorgestellt, da sich die anderen autistischen Störungen wie das Asperger-Syndrom und der Atypische Autismus von dieser Form des Autismus ableiten lassen (Poustka et al. 2008).

Die Forschung zum Asperger-Syndrom blickt auf einen recht kurzen Zeitraum zurück (Baron-Cohen und Klin 2006). Erst 1992, respektive 1994, wurde das Asperger-Syndrom mit seinen diagnostischen Kriterien in die Internationale Klassifikation der WHO (ICD-10) beziehungsweise in das diagnostische und statistische Manual (DSM-IV) der American Psychiatric Association (1994) aufgenommen (Remschmidt und Kamp-Becker 2006). In beiden Klassifikationssystemen werden die autistischen Störungen den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen zugeordnet. Bei den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen handelt es sich um Störungen, die drei Kriterien erfüllen: sie unterliegen wahrscheinlich biologischen Ursachen, sind schon von Geburt an vorhanden oder treten in den ersten Lebensjahren auf und persistieren. Das heißt, die Entwicklung ist nicht nur verzögert, sondern deviant (Poustka et al. 2008).

1.1.1 Frühkindlicher Autismus (gem. ICD-10 F84.0)

Die am besten bekannte autistische Störung ist der Frühkindliche Autismus, die auch klassischer Autismus oder nach Leo Kanner, dem Autor der Erstbeschreibung von 1943, Kanner-Syndrom genannt wird. Die Diagnose Frühkindlicher Autismus (F84.0) beinhaltet nach den Forschungskriterien der ICD-10 (WHO 1992; Remschmidt et al. 2006) Verhaltensauffälligkeiten in drei Bereichen.

- »A. Vor dem dritten Lebensjahr manifestiert sich eine auffällige und beeinträchtigte Entwicklung in mindestens einem der folgenden Bereiche:
 - 1. rezeptive oder expressive Sprache, wie sie in der sozialen Kommunikation verwandt wird;
 - 2. Entwicklung selektiver sozialer Zuwendung oder reziproker sozialer Interaktion;
 - 3. funktionales oder symbolisches Spielen.
- B. Insgesamt müssen mindestens sechs Symptome von 1., 2. und 3. vorliegen, davon mindestens zwei von 1. und mindestens je eins von 2. und 3.:
 - 1. Qualitative Beeinträchtigung der gegenseitigen sozialen Interaktion in mindestens drei der folgenden Bereiche:

- a. Unfähigkeit, Blickkontakt, Mimik, Körperhaltung und Gestik zur Regulation sozialer Interaktionen zu verwenden;
 - b. Unfähigkeit, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzunehmen, mit gemeinsamen Interessen, Aktivitäten und Gefühlen (in einer für das geistige Alter angemessenen Art und Weise, trotz hinreichender Möglichkeiten);
 - c. Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit, die sich in einer Beeinträchtigung oder devianten Reaktion auf die Emotionen anderer äußert; oder Mangel an Verhaltensmodulation entsprechend dem sozialen Kontext; oder nur labile Integration sozialen, emotionalen und kommunikativen Verhaltens;
 - d. Mangel, spontan Freude, Interessen oder Tätigkeiten mit anderen zu teilen (z. B. Mangel, anderen Menschen Dinge, die für die Betroffenen von Bedeutung sind, zu zeigen, zu bringen oder zu erklären).
2. Qualitative Auffälligkeiten der Kommunikation in mindestens einem der folgenden Bereiche:
- a. Verspätung oder vollständige Störung der Entwicklung der gesprochenen Sprache, die nicht begleitet ist durch einen Kompensationsversuch durch Gestik oder Mimik als Alternative zur Kommunikation (vorausgehend oft fehlendes kommunikatives Geplapper);
 - b. relative Unfähigkeit, einen sprachlichen Kontakt zu beginnen oder aufrechtzuerhalten (auf dem jeweiligen Sprachniveau), bei dem es einen gegenseitigen Kommunikationsaustausch mit anderen Personen gibt;
 - c. stereotype und repetitive Verwendung der Sprache oder idiosynkratischer Gebrauch von Wörtern oder Phrasen;
 - d. Mangel an verschiedenen spontanen Als-ob-Spielen oder (bei jungen Betroffenen) sozialen Imitationsspielen.
3. Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten in mindestens einem der folgenden Bereiche:
- a. umfassende Beschäftigung mit gewöhnlich mehreren stereotypen und begrenzten Interessen, die in Inhalt und Schwerpunkt abnorm sind; es kann sich aber auch um ein oder mehrere Interessen ungewöhnlicher Intensität und Begrenztheit handeln;
 - b. offensichtlich zwanghafte Anhänglichkeit an spezifische, nicht-funktionale Handlungen oder Ritualen;
 - c. stereotype und repetitive motorische Manierismen mit Hand- oder Fingerschlagen oder Verbiegen, oder komplexe Bewegungen des ganzen Körpers;
 - d. vorherrschende Beschäftigung mit Teilobjekten oder nicht funktionalen Elementen des Spielmaterials (z. B. ihr Geruch, die Oberflächenbeschaffenheit oder das von ihnen hervorgebrachte Geräusch oder ihre Vibration).
- C. Das klinische Bild darf sich nicht einer anderen Störung zuordnen lassen (z. B. andere tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Sprachentwicklungsstörung, Intelligenzmindering, Bindungsstörung, Schizophrenie).«

Die Auffälligkeiten in diesen Bereichen äußern sich bei Menschen mit Frühkindlichem Autismus in einem Mangel an Verständnis für und der Äußerung von Gefühlen, in einer fehlenden Modulation des Verhaltens entsprechend des sozialen Kontextes, in mangelndem Interesse an Menschen, mangelnder Flexibilität sowie in einem Bedürfnis nach Wiederholung, das sich in stereotypem Verhalten zeigt. Es kommt häufig zu einer übermäßigen Bindung an unbelebte Objekte und zu Sonderinteressen, die meistens unüblich sind und den Alltag dieser Personen sowie den ihrer Mitmenschen dominieren (Remschmidt et al. 2006). Die zeitliche Beanspruchung zusammen mit der notwendigen Konzentration und Energie, die in diese Sonderinteressen gesteckt werden, führen häufig zu sozialer Isolation (Poustka et al. 2008; Bennett et al. 2008).

Bis zu 70 % aller Kinder mit Frühkindlichem Autismus weisen eine leichte oder deutliche intellektuelle Beeinträchtigung auf (Chakrabarti und Fombonne 2001;

Fombonne 2005) (► Kap. 1.3). Die Sonderinteressen, die manchmal den Eindruck einer überdurchschnittlichen Intelligenz geben können, sind eher als Inselbegabungen zu sehen, welche aus einem insgesamt unterdurchschnittlichen Leistungsprofil herausragen (Remschmidt et al. 2006). Bis zu 70 % der Kinder mit Frühkindlichem Autismus entwickeln keine funktionale verbale Sprache (Chakrabarti und Fombonne 2001).

1.1.2 Asperger-Syndrom (gem. ICD-10 F84.5)

Hans Asperger, der 1944 das Syndrom erstmalig beschrieb, verwendete den Begriff der Autistischen Psychopathie. Lorna Wing rückte das Störungsbild zu Beginn der 1980er-Jahre wieder in die Aufmerksamkeit der Kliniker und Forscher. Erst 1992 wurde es in die ICD-10 und 1994 in das DSM-IV aufgenommen und international bekannt (Remschmidt et al. 2006). Das Asperger-Syndrom unterscheidet sich vom Frühkindlichen Autismus durch zwei Aspekte: Es lässt sich weder eine sprachliche noch eine allgemeine Entwicklungsverzögerung feststellen (Baron-Cohen 2006).

Die diagnostischen Kriterien des Asperger-Syndroms (F84.5) lauten nach den Forschungskriterien der ICD-10 (Remschmidt et al. 2006):

- »A. Es fehlt eine klinisch eindeutige allgemeine Verzögerung der gesprochenen oder rezeptiven Sprache oder der kognitiven Entwicklung. Die Diagnose verlangt, dass einzelne Worte bereits im zweiten Lebensjahr oder früher und kommunikative Phrasen im dritten Lebensjahr oder früher benutzt werden. Selbsthilfefertigkeiten, adaptives Verhalten und die Neugierde an der Umgebung sollten während der ersten drei Lebensjahre einer normalen intellektuellen Entwicklung entsprechen. Allerdings können Meilensteine der motorischen Entwicklung etwas verspätet auftreten und eine motorische Ungeschicklichkeit ist ein häufiges (aber kein notwendiges) diagnostisches Merkmal. Isolierte Spezialfertigkeiten, oft verbunden mit einer auffälligen Beschäftigung sind häufig, aber für die Diagnose nicht erforderlich.
- B. Qualitative Beeinträchtigung der gegenseitigen sozialen Interaktion (entsprechend den Kriterien für Frühkindlichen Autismus).
- C. Ein ungewöhnlich intensives, umschriebenes Interesse oder begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten (entspricht dem Kriterium für Autismus, hier sind aber motorische Manierismen, ein besonderes Beschäftigtsein mit Teilobjekten oder mit nicht-funktionalen Elementen von Spielmaterial ungewöhnlich).
- D. Die Störung ist nicht einer anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörung oder sonst einer Störung (F21, F20.6, F94.1, F94.2, F60.5, F42) zuzuordnen.«

Die Sprache von Menschen mit einem Asperger-Syndrom kann insofern auffällig sein, da sie ohne Anpassung an den Zuhörer und seine Interessen erfolgt und die Stimme monoton und nur mit geringer Modulation versehen ist.

Während sich die diagnostischen Kriterien von ICD-10 und DSM-IV gleichen, finden sich in der neueren Forschungsliteratur weitere, abweichende Vorschläge zur Definition (Remschmidt et al. 2006; Poustka et al. 2008): die diagnostischen Kriterien nach Gillberg (Gillberg und Gillberg 1989, Gillberg 2002), nach Szatmari (Szatmari et al. 1989) und nach Klin (Klin et al. 2005). Besonders diskutiert werden das Kriterium des Erstmanifestationsalters, der Einschluss der sprachlichen Auffälligkeiten im verbalen und nonverbalen Bereich sowie der motorischen Ungeschicklichkeit und die Bedeutung der Spezialinteressen. Außerdem werden die Ausschlusskriterien

einer verzögerten Sprachentwicklung und einer nicht durchschnittlichen Intelligenz infrage gestellt. Ferner ist noch nicht ausreichend geklärt, inwieweit sich der sogenannte High-Functioning-Autismus (► Kap. 1.1.5) vom Asperger-Syndrom abgrenzen lässt (Ghaziuddin und Mountain-Kimchi 2004). Im Bereich der exekutiven Funktionen (► Kap. 1.5.1) finden Ozonoff et al. (1991a) sowie Ozonoff et al. (1991b) Unterschiede, Verté et al. (2006) hingegen keine.

1.1.3 Atypischer Autismus (gem. ICD-10 F84.1)

Beim Atypischen Autismus handelt es sich um eine Störung, bei der mindestens ein für die Diagnose des Frühkindlichen Autismus erforderliches Kriterium nicht erfüllt ist. Nach ICD-10 (Remschmidt et al. 2006) werden drei Typen von Atypischem Autismus unterschieden:

- *Autismus mit atypischem Erkrankungsalter (F84.10)*: Die diagnostischen Kriterien des Frühkindlichen Autismus sind erfüllt, das Manifestationsalter ist jedoch verspätet, die auffällige oder beeinträchtigte Entwicklung wird erst nach dem dritten Lebensjahr deutlich.
- *Autismus mit atypischer Symptomatologie (F84.11)*: Es fehlen notwendige Symptome aus einem der folgenden drei Bereiche – soziale Interaktion, Kommunikation oder repetitiv-stereotype Verhaltensweisen.
- *Autismus mit atypischem Erkrankungsalter und atypischer Symptomatologie (F84.12)*: Sowohl das Erkrankungsalter als auch die Symptomatologie entsprechen nicht den Kriterien für die Diagnose eines Frühkindlichen Autismus.

1.1.4 Nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung (gem. ICD-10 F84.9)

Diese Restkategorie wird verwendet, wenn die allgemeine Beschreibung für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung zutrifft, ein Mangel an ausreichenden Informationen oder widersprüchliche Befunde aber dazu führen, dass die Kriterien für die einzelnen F84 Kodierungen nicht erfüllt werden können. Diese Restkategorie taucht häufig in Studien aus dem englischsprachigen Raum unter der Bezeichnung *Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified* (PDD NOS) auf.

1.1.5 High-Functioning-Autismus

Der High-Functioning-Autismus stellt eine Untergruppe des Frühkindlichen Autismus dar. Es gibt Menschen mit Frühkindlichem Autismus, die eine durchschnittliche Intelligenz ($IQ > 85$) oder eine Lernbehinderung ($70 < IQ < 85$) haben und trotz einer anfänglich verzögerten Sprachentwicklung meist über gute verbale Fähigkeiten verfügen (Poustka et al. 2008). Seit Lorna Wing werden sie in der Literatur oft zu einer eigenen Gruppe, der des High-Functioning-Autismus zusammengefasst. Die ICD-10 und das DSM-IV kennen keine entsprechende nosologische Klassifikation.

Diese hat sich jedoch in der Praxis bewährt, um die Kinder zu beschreiben, welche sich im Verlauf ihrer Entwicklung phänomenologisch vom Frühkindlichen Autismus weg hin zum Asperger-Syndrom entwickeln (Poustka et al. 2008).

1.1.6 Autismus-Spektrum-Störungen

Es ist stark umstritten, ob es sich bei den zuvor beschriebenen Störungen tatsächlich um unterschiedliche Störungen handelt (Schopler et al. 1998, zit. nach Solomon et al. 2004). Aufbauend auf empirischen Arbeiten (Lord et al. 2000; Lord et al. 2001, zit. nach Poustka et al. 2008) sind Theorien entwickelt worden, wonach sich die autistischen Störungen nicht kategorial voneinander unterscheiden, sondern auf einem Kontinuum anzuordnen sind, bei welchem sich die Symptomatik nicht qualitativ, sondern quantitativ bezüglich des Ausprägungsgrads unterscheidet (Poustka et al. 2008). Besonders umstritten ist die Frage der Unterscheidung zwischen Asperger-Syndrom und Atypischem Autismus (Koyama et al. 2007). Häufig wird daher von Autismus-Spektrum-Störungen gesprochen, welche sowohl den Frühkindlichen Autismus als auch das Asperger-Syndrom und den Atypischen Autismus beinhalten (Remschmidt et al. 2006).

Vom Begriff der Autismus-Spektrum-Störungen sind gemäß dem aktuellen Forschungsstand die Begriffe »autistische Züge« und »Broader Autism Phenotype« abzugrenzen. Beide besagen, dass es Menschen gibt, die verschiedene Verhaltensmerkmale zeigen, die denjenigen von Menschen mit Autismus entsprechen, obwohl nicht alle notwendigen Kriterien für eine klinische Diagnose erfüllt sind. Meistens sind soziale und kommunikative Beeinträchtigungen zu beobachten, während repetitive Verhaltensweisen, sensorische Auffälligkeiten und manchmal auch eingeschränkte Interessen fehlen (Skuse 2010).

1.2 Das klinische Bild des Asperger-Syndroms

Die besonderen Verhaltensmerkmale von Menschen mit einer Störung aus dem autistischen Spektrum führen zu Einschränkungen und Beeinträchtigungen im alltäglichen Umgang und im Zusammenleben mit ihren Mitmenschen. Kinder mit Asperger-Syndrom werden zwar früh von den Eltern und weiteren Bezugspersonen – gerade auch im Vergleich zu möglicherweise vorhandenen Geschwisterkindern – als »anders« erlebt, fallen aber meist erst beim Eintritt in eine feste soziale Gruppe auf, also in einer Spielgruppe, dem Kindergarten oder der Schule. Zuvor war jedoch das Spielverhalten meist schon qualitativ auffällig, da Imitations-, Rollen- und Phantasiespiele oftmals fehlten. In der Kleinkindzeit dominieren Schwierigkeiten mit der Emotionsregulation zum Beispiel bei Veränderungen oder Neuem, dominantes Spiel- und Interaktionsverhalten, eine auffällige Spielentwicklung mit eher sich wiederholenden und unflexiblen Spiel- und Interessenmustern und wenig Rollen-

und Phantasiespiel sowie »ungezogene« Verhaltensweisen, welche soziale Konventionen verletzen. Manchmal entwickeln sich auch erst in der mittleren Kindheit als problematisch erlebte Verhaltensweisen, wenn die Komplexität der sozialen Interaktionen und der organisatorischen Anforderungen in der Schule zunimmt.

Menschen mit Asperger-Syndrom wirken trotz ihres sozialen Interesses, das sich immer wieder neben den Phasen des Rückzugs zeigt, sehr auf sich bezogen, wenig an partnerschaftlichem Austausch interessiert sowie oft unempathisch, emotional wenig schwingungsfähig und dadurch gefühlskalt. Sie suchen weniger geteilte Aufmerksamkeit und stellen seltener geteilte Freude her. Die impliziten und meist subtilen Regeln (z. B. Teilen) und Konventionen (z. B. Grüßen) des sozialen Zusammenlebens verstehen sie oft nicht und verhalten sich dementsprechend so, dass sie als unsozial, egoistisch oder schlecht erzogen erlebt werden.

Diese Kinder verfügen nicht über das notwendige Verhaltensrepertoire, um mit anderen entsprechend den gegebenen Konventionen zu interagieren. Gemäß der Studie von Knott et al. (2006) nehmen Kinder mit Asperger-Syndrom und High-Functioning-Autismus ihre sozialen Schwächen durchaus wahr: Im Schnitt schätzen sie ihre sozialen Fertigkeiten (z. B. Umgang mit Gruppen, Affektregulation) und Kompetenzen (z. B. Entwicklung von Freundschaften) signifikant tiefer ein (eine Standardabweichung) als die gleichaltrige Kontrollgruppe. Die Eltern schätzen die sozialen Möglichkeiten sogar noch tiefer ein (fast zwei Standardabweichungen unter dem Mittel der Kontrollgruppe), sie stimmen jedoch mit den Kindern darin überein, in welchen Bereichen die Schwierigkeiten liegen.

Dieser Mangel an sozialen Fertigkeiten verhindert, dass die Betroffenen zeitgerecht bestimmte Meilensteine der kindlichen Entwicklung bewältigen und befriedigende familiäre Beziehungen und Kontakte zu Gleichaltrigen pflegen können. Im Vergleich zu Gleichaltrigen haben Kinder und Jugendliche mit Asperger-Syndrom in der Folge weniger Freunde (Koning und Magill-Evans 2001). Aufgrund ihrer geringeren sozialen Responsivität sind sie in Gruppen, die sich nicht primär über ein gemeinsames Interesse definieren, oft nicht integriert und nehmen eine Außenseiterposition ein: Sie werden durch Gleichaltrige und Geschwister sozial ausgegrenzt und geschnitten, geschlagen und geplatzt oder sogar gemobbt (Little 2001). Attwood (2018) zeigt auf, dass Kinder mit Asperger-Syndrom sowohl wegen ihrer passiven, zurückgezogenen, unsicheren Art als auch ihrer aktiven, dominierenden, sozial ungeschickten Verhaltensweise von anderen Kindern eingeschüchtert und tyrannisiert werden. Das Risiko wird dadurch erhöht, dass sie unstrukturierte, freie Zeiten (z. B. Pausen) oft alleine verbringen, über einen geringen sozialen Status verfügen und sich kaum zu wehren wissen (Attwood 2018.). Kinder mit Asperger-Syndrom fühlen sich einsamer (Bauminger und Kasari 2000), verfügen oft über ein unreifes oder ungewöhnliches Konzept von Freundschaft (Botroff et al. 1995, zit. n. Attwood 2000) und erleben Freundschaften als weniger unterstützend (Bauminger und Kasari 2000).

Menschen mit Asperger-Syndrom wirken kommunikativ unbeholfen, indem sie Gespräche nicht angemessen beginnen, aufrechterhalten und beenden. Das etwas oberflächliche soziale Plaudern zur Festigung des Kontakts oder zur Überbrückung gemeinsam verbrachter Zeit (Small Talk) fehlt oft. Gespräche verlaufen meist nach einem von zwei Mustern: Entweder ergibt sich ein eher starrer Wechsel von Fragen und unkommentierten Antworten oder der Betroffene beginnt über ein ihm wich-

tiges Thema zu monologisieren, ohne Kommentare, Fragen oder Hinweise des Gegenübers hinsichtlich eines geringen Interesses am Gesprächsgegenstand ausreichend zu beachten. Schnell können sich im Gespräch Missverständnisse ergeben, da die Betroffenen weniger zwischen den Zeilen lesen und daher das Gemeinte nicht aus dem faktisch Formulierten ableiten können. Unbeabsichtigt können sie verletzende Bemerkungen machen, da sie sich zu wenig bewusst sind, wie das Gesagte vom Gegenüber aufgenommen wird. Sie zeigen wenig Körpersprache oder eine übertriebene, was sich auch in einer eher flachen Mimik oder im Grimassieren ausdrückt, und sie verstehen nonverbale Signale nicht als Hinweis, wie eine Aussage zu interpretieren ist. Subtile Zeichen werden meist nicht verstanden. Ihre Formulierungen wirken oft nicht altersgemäß, mal zu altklug, dann wieder zu naiv. Ihre Stimme ist meist wenig moduliert, zeigt wenig Betonungen oder andere Rhythmisierungen und kann auch zu laut oder zu leise sein.

Sobald die besonderen Interessengebiete der Menschen mit Asperger-Syndrom in das Gespräch einfließen, werden ihr großes Wissen und ihre diesbezügliche Konzentrationsfähigkeit deutlich. Dieses Wissen ist eher lexikalischer, sachlicher und oft technischer Natur und ignoriert manchmal die Einbindung in größere Zusammenhänge. Die Betroffenen zeigen eine hohe Motivation, sich damit auch auf Kosten von sozialen Aktivitäten zu beschäftigen. Schon in jungen Jahren kann ein hinsichtlich der kognitiven als auch sozialen Komponenten auffälliges Spielverhalten beobachtet werden (z. B. kein Imitations-, Rollen-, Phantasie- oder Gruppenspiel).

Menschen mit Asperger-Syndrom wirken oft bis in das Erwachsenenalter motorisch ungeschickt und gestalten motorische Tätigkeiten unökonomisch. Sie haben Mühe, sich auf Neues, Unerwartetes einzulassen und reagieren entsprechend unflexibel bei Veränderungen von Abläufen oder geplanten Aktivitäten, bei spontanen Ideen, wie auch auf jahreszeitlich bedingte Veränderungen (z. B. Kleiderwechsel). Manche zeigen sensorische Überempfindlichkeiten vor allem gegenüber Geräuschen, aber auch Gerüchen und Geschmacksempfindungen, Helligkeit oder bestimmten Berührungen zum Beispiel durch Kleider. Jugendliche schenken einer angemessenen Körperpflege häufig wenig Beachtung.

Menschen mit Asperger-Syndrom sind schneller als andere und leicht zu irritieren und verfügen manchmal über eine ungenügende Emotionsregulation, sodass für Außenstehende ganz unerwartet heftige emotionale Ausbrüche zu beobachten sind. Bereits im Kindesalter erleben Menschen mit Asperger-Syndrom ihre Andersartigkeit. Aufgrund ihrer reduzierten Fähigkeit zum Perspektivenwechsel attribuieren sie die Ursache jedoch lange dem Gegenüber und nicht dem eigenen Verhalten (»Die anderen sind ganz anders.«). Bis hinein in das Jugendalter haben sie oft nur ein begrenztes Verständnis für den eigenen Anteil an den sozialen Schwierigkeiten, da auch die Introspektionsfähigkeit aufgrund der mangelnden Theory of Mind (► Kap. 1.5.1) weniger gut entwickelt ist. Zudem wollen viele gerade in der Pubertät nur ja nicht auffallen und sich nicht von den anderen Jugendlichen unterscheiden. Dadurch ist die Veränderungsmotivation oft stark eingeschränkt und wird erst gegen Ende des Jugendalters oder im jungen Erwachsenenalter größer, was auch Auswirkungen auf die Therapieplanung hat.

Das klinische Erscheinungsbild der Mädchen mit Asperger-Syndrom unterscheidet sich in verschiedener Hinsicht von demjenigen der Jungen, was die Diagnose oft

erschwert. Mädchen gehen mit ihren Schwierigkeiten und ihrem erlebten Anderssein anders um. Sie ahmen andere nach oder kopieren sie sogar bis in die Körpersprache hinein, passen sich so stark an, dass sie kaum mehr eine eigene Meinung zu haben scheinen, und fügen sich fast bis zur Unsichtbarkeit in eine Gruppe ein. Oft suchen sie sich eine gute Freundin, welche sie durch ihr Vorbild und ihre Solidarität an sozialen Stolpersteinen vorbeiführt. Somit fallen sie in sozialen Situationen weniger auf und werden seltener als störende Problemkinder wahrgenommen. Mädchen mit Autismus zeigen mehr So-tun-als-ob- und Phantasiespiel als Jungen und unterscheiden sich darin kaum von nicht betroffenen Mädchen (Knickmeyer et al. 2008). Ihre Spezialinteressen sind oft sozialer und weniger technischer Art: In Phantasiespielen mit Tieren und Puppen spielen sie (erlebte) soziale Situationen exzessiv nach, um sie zu verstehen und einzuüben. Anhand von Geschichten und Vorabend-Fernsehserien versuchen sie intuitiv, ihr soziales Verständnis zu trainieren.

Menschen mit Asperger-Syndrom weisen viele *Stärken* auf, welche sich aber oft nicht in denselben Situationen wie ihre Schwächen zeigen. *»Menschen mit Asperger-Syndrom sind, aufgrund der beschriebenen Entwicklung, aber auch sehr loyal anderen gegenüber, sie lügen oder täuschen andere Menschen nicht. Sie sind zuverlässig und halten sich auch verlässlich an einmal akzeptierte Regeln. Sie sind unvoreingenommen anderen Menschen gegenüber und betrachten andere Menschen ohne Vorurteile. Sie machen sich nicht abhängig von Moden oder Meinungen anderer und sagen offen und ohne Scheu, was sie denken. Dabei sprechen sie in einer eindeutigen, unzweideutigen Sprache und verfügen in vielen Bereichen über einen großen Wortschatz. Sie haben Spaß an ungewöhnlichen Wortbildungen und Wortspielen. In speziellen Wissensbereichen verfügen sie über ein bewundernswertes Wissen, dass sie gerne und ausführlich preisgeben«* (Remschmidt et al. 2006, S. 76). Oft sind es dieselben Verhaltensmerkmale, welche je nach Betrachtungsweise und Situation wie die Kehrseite einer Münze mal eine Stärke und mal eine Schwäche darstellen. So kann der sorgfältige Blick für Details zum Verlust des Gesamtüberblicks führen, aber auch zum Erkennen von wesentlichen Unterschieden, oder die sachliche Kommunikation verhindert zwar das Heraushören kommunikativer Zwischentöne, führt aber zu einem transparenten Austausch, bei dem alle Beteiligten wissen, woran sie sind.

Eine Übersicht zu den gängigen diagnostischen Instrumenten, eingeteilt nach kategorialen Skalen (Screening-Fragebogen, Beobachtungsskalen, Interviews), dimensionalen Fragebogen, Selbstbeurteilungsbogen sowie Skalen zur Verlaufs- und Förderdiagnostik, aber auch spezifischen Skalen zum Asperger-Syndrom, findet sich in Bölte (2010).

1.3 Komorbidität

In der Metaanalyse von Fombonne (2005) weisen 70 % aller Kinder im gesamten autistischen Spektrum eine mäßige oder schwere *Intelligenzminderung* auf. Chakrabarti und Fombonne (2001) finden in ihrer Einzelstudie für das gesamte Spektrum

eine deutlich niedrigere Komorbidität von 25 % mit einer Intelligenzminderung. Definitionsgemäß kommt es beim Asperger-Syndrom zu keiner Beeinträchtigung der Intelligenz. 20 % der Kinder mit Frühkindlichem Autismus haben eine schwere, 50 % eine leichte geistige Behinderung, während 30 % keine intellektuelle Beeinträchtigung zeigen (Fombonne 2005). Baird et al. (2006) fanden ähnliche Zahlen. Diese letzte Gruppe von normal intelligenten Kindern mit Frühkindlichem Autismus wäre dann dem High-Functioning-Autismus zuzuordnen.

Menschen mit Autismus weisen manchmal auch andere *psychische Störungen* auf. Heutzutage wird deshalb diskutiert, ob zusätzliche Symptome bei Autismus eine Zweit- oder Dritt diagnose rechtfertigen (Poustka et al. 2008). Die Übersichten von Tsai (1996) und Skuse (2010) verweisen auf ein erhöhtes Risiko für Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität, Tic-Störungen, affektive Störungen (Angststörungen, Phobien, depressive Störungen), Zwangsstörungen und Autoaggression, wobei die Prozentzahlen je nach Studie schwanken. Remschmidt et al. (2006) erwähnen zudem Essstörungen, Mutismus, Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen. Rund zwei Drittel (65 %) aller Menschen mit Asperger-Syndrom weisen mindestens eine psychische Komorbidität auf (Ghaziuddin et al. 1998, zit. nach Remschmidt et al. 2006), wobei im Kindesalter vor allem Aufmerksamkeitsprobleme und Hyperaktivität (Goldstein und Schwabach 2004). und im Jugendalter eher depressive Symptome auftreten.

Bei rund 10 % der Kinder (Chakrabarti und Fombonne 2001) finden sich auch verschiedene *organische Syndrome* wie zum Beispiel Epilepsie, das Fragile X-Syndrom, das Prader-Willi-Syndrom oder die tuberöse Sklerose, welche mit Verhaltensweisen auftreten, die phänomenologisch denjenigen der autistischen Störungen ähnlich sind (Poustka et al. 2008). Etwa 30 % der Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung (Tsai 1996) entwickeln unabhängig von ihrer Intelligenz im Verlauf ihres Lebens eine *Epilepsie*, deutlich häufiger tritt diese bei Kindern mit Frühkindlichem Autismus und einer schweren intellektuellen Retardierung auf (Fombonne 2005).

Eine Übersicht über die *Differentialdiagnostik* zu weiteren tiefgreifenden Entwicklungsstörungen sowie zu anderen psychiatrischen und somatischen Störungen bietet Bölte (2010).

1.4 Epidemiologie und Verlauf der Autismus-Spektrum-Störungen

Epidemiologische Studien zu den Autismus-Spektrum-Störungen werden schon seit über 40 Jahren durchgeführt. Vor allem in den letzten Jahren konnte eine starke Zunahme der Aktivität in diesem Forschungsbereich beobachtet werden (Fombonne 2005). Die Ergebnisse dieser Studien sind nur schwer miteinander zu vergleichen, da sich die diagnostischen Kriterien und die Nomenklatur laufend verändert haben. Die Studie von Chakrabarti et al. (2001), welche als eine der besten epidemiologischen

Arbeiten gilt (Rutter 2005), und die Metaanalyse von Fombonne (2005), die insgesamt 34 epidemiologische Studien zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen bei Kindern analysiert, weisen folgende Anzahl Betroffener pro 10 000 Menschen aus – die etwas niedrigeren Werte stammen aus der Studie von Chakrabarti et al. (2001):

- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (insgesamt): 60–62.6 pro 10 000
- Frühkindlicher Autismus: 13–16.8 pro 10 000
- Asperger-Syndrom: 3–8.4 pro 10 000

Baird et al. (2006) fanden in ihrer Kohorte in England noch höhere Prävalenzzahlen.

Schaut man sich die Resultate der epidemiologischen Studien aus den letzten zehn Jahren an, kann eine Zunahme der Autismus-Spektrum-Störungen beobachtet werden (Fombonne 2005). Ob es sich dabei um eine tatsächliche Zunahme handelt oder ob sich diese Veränderung auf die Entwicklung immer genauerer diagnostischer Kriterien zurückführen lässt, ist umstritten (Remschmidt et al. 2006; Poustka et al. 2008). Es ist aber davon auszugehen, dass diese Zunahme die Folge eines höheren Informationsniveaus sowohl unter Fachleuten als auch Eltern ist sowie neuerer und effektiverer Diagnoseinstrumente wie auch veränderter Diagnosekriterien (Fombonne 2005). So zeigt sich beispielsweise in der Studie von Wazana et al. (2007) ein 1,5-facher Anstieg der Prävalenzraten für eine Autismus-Diagnose bei einem Wechsel von den Kriterien des DSM-III zu den Kriterien des DSM-IV. Zudem sind die meisten älteren Studien methodologisch nicht mit den aktuellen zu vergleichen (Poustka et al. 2008). Bölte et al. (2007) machen auch auf die Probleme der Sensitivität und Spezifität der verwendeten diagnostischen Instrumente aufmerksam. Nach Fombonnes Metaanalyse (2005) liegen weder ethnische Effekte noch Zusammenhänge mit bestimmten sozioökonomischen Gesellschaftsschichten vor.

Der Punkt, in dem sich alle Autoren einig sind, ist die trotz schwankender Zahlen charakteristische *Geschlechterverteilung* zuungunsten der Jungen. Durchschnittlich kann von einem Verhältnis von 4 : 1 gesprochen werden (Fombonne 2005). Dieses Ungleichgewicht zeigt sich bei den autistischen Störungen mit einem höheren Funktionsniveau, wie zum Beispiel beim Asperger-Syndrom, mit einer Durchschnittschätzung von etwa 6–8 : 1 noch deutlicher (Fombonne 2005). In der Gruppe der Kinder mit einer Intelligenzminderung steigt die Rate der betroffenen Mädchen markant an, es findet sich ein Verhältnis von 2 : 1 (Fombonne 2005; Skuse 2010). Zudem sind die Mädchen im Allgemeinen schwerer von den Störungen betroffen (Poustka et al. 2008). Skuse (2010) diskutiert als mögliche Erklärungen für den Geschlechtsunterschied bei Autismus genetische, endokrinologische und auf den diagnostischen Kriterien beruhende Ansätze.

Die Autismus-Spektrum-Störungen remittieren im Alter nicht, sondern es finden sich im *Verlauf* der Kindheit oft eine Zuspitzung der mangelnden sozialen und später beruflichen Integration und bis in das Erwachsenenalter hinein ein Rückzug auf die Sonderinteressen. Wie die Studie von Gillberg et al. (2010) zeigt, bleiben die Diagnosen bis in das Erwachsenenalter recht stabil. Im Alter von vier bis fünf Jahren findet sich häufig eine starke Ausprägung der Symptomatik, weswegen diagnostische Instrumente wie zum Beispiel das Autismus-Interview (ADI-R; Bölte et al. 2006) gezielt nach dieser Zeitspanne fragen. Kinder mit einer Autismus-Spektrum-Störung