

Paschke-Müller
Biscaldi · Rauh
Fleischhaker · Schulz



TOMTASS – Theory-of-Mind-Training bei Autismusspektrum- störungen

Freiburger
Therapiemanual
für Kinder und Jugendliche

**inkl. CD
mit sämtlichen
Materialien**

TOMTASS – Theory-of-Mind-Training bei Autismusspektrumstörungen

Mirjam S. Paschke-Müller

Monica Biscaldi

Reinhold Rauh

Christian Fleischhaker

Eberhard Schulz

TOMTASS – Theory- of-Mind-Training bei Autismusspektrum- störungen

Freiburger Therapiemanual für Kinder und Jugendliche

Mirjam S. Paschke-Müller

Universitätsklinikum Freiburg, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie
Hauptstraße 8, 79104, Freiburg, Germany

Monica Biscaldi

Universitätsklinikum Freiburg, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie
Hauptstraße 8, 79104, Freiburg, Germany

Reinhold Rauh

Universitätsklinikum Freiburg, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie
Hauptstraße 8, 79104, Freiburg, Germany

Christian Fleischhaker

Universitätsklinikum Freiburg, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Hauptstr. 8, 79104, Freiburg, Germany

Eberhard Schulz

Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie
Hauptstr. 8, 79104, Freiburg, Germany

ISBN-13 978-3-642-20063-2

ISBN 978-3-642-20064-9 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-642-20064-9

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer Medizin

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Renate Scheddin

Projektmanagement: Renate Schulz

Lektorat: Anette Allée, Dinslaken

Projektkoordination: Michael Barton

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Fotonachweis, Umschlag: © Csaba Peterdi, fotolia.com

Herstellung: le-tex publishing services GmbH, Leipzig

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Vorwort

Im ersten Jahrzehnt des neuen Jahrtausends ist das Interesse der Öffentlichkeit und der Medien an Störungen des autistischen Spektrums geradezu explodiert. Vor allem hierdurch wurde allgemein bekannt, welche enormen und schwerwiegenden Konsequenzen eine autistische Erkrankung für die Betroffenen, Eltern und Familien hat. Diese Eltern sind inzwischen im Autismusverband regional und überregional gut vernetzt und suchen Antworten auf viele Fragen. Unter den die Eltern am meisten interessierenden Fragen steht natürlich die folgende im Vordergrund: „Was kann ich tun, um meinem Kind zu helfen?“. Aufgrund des erheblichen Drucks, unter dem diese Familien stehen, werden auch vielfältige alternative Formen der Hilfe aufgegriffen. Verschiedenste Theorien, Therapieprogramme und Medikationen werden wie ein rettender Strohhalm ergriffen und scheinen manchen Familien die definitive Antwort auf ihre Fragen und ihr Hilfeersuchen zu geben, obwohl viele dieser Maßnahmen ohne eine empirische Basis sind und die Familien von hilfreichen und evaluierten Therapien abhalten.

Parallel hierzu werden die von den Familien gestellten drängenden Fragen von der „wissenschaftlichen Community“ verstärkt aufgegriffen, um Antworten zu finden und zu bewerten, welche Intervention und Behandlung für welche Patienten eine Hilfe bedeuten. Vor diesem Hintergrund wurden und werden weltweit zahlreiche Therapieprogramme für Kinder mit einer Autismusspektrumstörung und deren Familien entwickelt, manualisiert und publiziert.

Erkrankungen aus dem autistischen Spektrum umfassen verschiedene Domänen, auf die die Behandlungsansätze fokussieren. Hier seien nur als Beispiele Kommunikation und Sprache, repetitive und stereotype sowie selbstverletzende Verhaltensweisen, aber auch soziale Fertigkeiten, Hyperaktivität und verschiedenste Ängste genannt.

Um die auf diese verschiedenen Domänen fokussierenden Therapieprogramme zu evaluieren, muss die Frage gelöst werden, welches Outcome-Maß dafür verwendet wird. Diese Frage ist sehr komplex, da es für Autismusspektrumstörung kein einheitliches kritisches Outcome-Maß gibt,

das für alle Kinder und alle Therapieprogramme geeignet wäre. Von daher ergeben sich bei der Evaluation von Therapieprogrammen zum Autismus vielfältige Schwierigkeiten, auf die es derzeit keine einfachen Antworten gibt. Die vielfältigen Facetten der autistischen Störungen erschweren zusätzlich dieses Problem.

Therapieprogramme, die auf das Sozialverhalten fokussieren, lassen meist andere Domänen unberührt, die ebenfalls einer Intervention bedürften. Aber auch innerhalb einer zu behandelnden Domäne wie dem Sozialverhalten variieren die individuellen Ziele (z. B. Interpretation von sozialen Signalen vs. anderen Menschen zuhören können vs. mit anderen Menschen interagieren können). Auch verschiedene Altersgruppen bedürfen flexibel angewandter verschiedenartiger Interventionen. Vor diesem Hintergrund ist die Komplexität der Suche nach einer Antwort auf die Frage „Welches Therapieprogramm wirkt bei wem?“ nachvollziehbar.

Mit dem Freiburger Therapieprogramm „TOM-TASS“ (Theory-of-Mind-Training bei Autismusspektrumstörungen) wurde nun ein modularisiertes Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit einer Autismusspektrumstörung auf hohem Funktionsniveau manualisiert. Auf der Basis einer der bekanntesten und prominentesten neuropsychologischen Erklärungsansätze für Autismus (Defizite im Bereich der Theory of Mind, ToM) wurde ein Therapieprogramm entwickelt, das verschiedene Domänen der Erkrankung abdeckt und flexibel mit verschiedenen Interventionsansätzen bei Kindern und Jugendlichen angewendet werden kann.

In einer ersten Stufe wurde das Therapieprogramm bereits mit einem Prä-post-Vergleich anhand von Fragebögen erfolgreich evaluiert. Diese Evaluation wird auch in Zukunft vertieft und methodisch verbessert fortgesetzt. Unser Bestreben ist dabei, einerseits die Effekte des Trainings mit einer Wartelisten-Kontrollgruppe zu vergleichen. Andererseits überprüfen wir gerade eine mögliche Generalisierung der durchgeführten Trainingsübungen auf andere ToM-Aufgaben, indem wir zusätzlich standardisierte Verhaltenstests zur ToM bei den

Kindern/Jugendlichen der TOMTASS- bzw. einer Kontrollgruppe in einem Prä-post-Vergleich durchführen. Die Kombination von verschiedenen Methoden und Parametern in der Evaluation erscheint derzeit sehr vielversprechend, ist jedoch extrem zeit- und kostenaufwendig.

Parallel hierzu besteht jedoch auch die Aufgabe, dieses erfolgreiche Therapieprogramm allgemein bekannt und verfügbar zu machen, damit diejenigen, die Hilfe suchen und brauchen, diese auch erhalten können. Diesem fühlen wir uns verpflichtet, und wir sind sicher, dass unser Wissen und unsere Erfahrungen mit TOMTASS helfen werden, Patienten, Eltern und Therapeuten einen Schritt weiterzubringen. Das Ziel ist somit, den Betroffenen und ihren Familien ein besseres Leben mit der Erkrankung zu ermöglichen.

Für die Autoren:

**Christian Fleischhaker und
Monica Biscaldi-Schäfer**

Freiburg, im Frühjahr 2012

Danksagung

Wir möchten uns herzlich bei allen bedanken, die uns bei der Entwicklung und Erprobung des vorliegenden Behandlungskonzeptes unterstützt haben.

und uns inspiriert sowie auch vielfältige Rückmeldungen gegeben haben, womit sie ganz wesentlich an der Entwicklung dieses Gruppentrainings beteiligt waren.

Insbesondere gilt unser Dank den Gruppentherapeuten: Dipl.-Psychologin Katja Heyduck, Dr. med. Sven Dohmen, Dipl.-Psychologin Ina Wäldin, Dipl.-Psychologin Katharina Dolle, Dipl.-Psychologin Maria Abbatepaolo, Dipl.-Psychologin Christiane Kuhn-Hennighausen, Dipl.-Psychologin Anne von Lucadou, Dipl.-Sozialpädagogin Miriam Paschke, Dipl.-Sozialpädagogin Andrea Straky, Dipl.-Psychologin Sara Dietrich und Dipl.-Psychologin Melanie Jung.

Freiburg, im Frühjahr 2012

Für das unermüdliche Korrekturlesen des Manuskripts und viele hilfreiche Beiträge danken wir Frau Sybille Tomakidi, Frau Dipl.-Psychologin Maria Abbatepaolo und Frau Dr. phil. Dipl.-Psychologin Barbara Haack-Dees, die uns zusätzlich mit sehr konstruktiven Ratschlägen als Supervisorin des Gruppentrainings unterstützt hat.

Bei Herrn Dr. phil. Dipl.-Psychologe Rudolf Heger möchten wir uns für die Unterstützung bei der Manuskripterstellung, der Gestaltung der Arbeitsblätter und der Zusammenstellung der Materialien-CD bedanken. Ihm gilt ein ganz besonderer Dank für die Überwindung vieler nervenaufreibender Software-Probleme bei Satz und Layout.

Frau Mareike Fleischhaker hat dankenswerterweise die Illustration einiger Arbeitsblätter übernommen.

Zusätzlich möchten wir uns für die Unterstützung bei der Evaluation des Gruppentrainings unter der Leitung von Herrn Dr. phil. Dipl.-Psychologe Reinhold Rauh bei Maren Heldberg (M. A.), cand. psych. Carina Fleig und cand. psych. Charlotte Wesslau bedanken.

Ein großes Dankeschön gilt unseren Freunden, Partnern und Angehörigen für ihre Unterstützung dieser Arbeit.

Und last but not least möchten wir uns besonders herzlich bei den Eltern und Kindern bedanken, die als Patienten an unseren Gruppen mitgewirkt

Inhaltsverzeichnis

I	Grundlagen und Theorie	1
1	Gegenwärtiger Forschungsstand	3
1.1	Definition und Ätiologie	4
1.1.1	Beschreibung des Störungsbildes	4
1.1.2	Ätiologische Modelle	5
1.2	Diagnostik	7
1.2.1	Fragebögen	7
1.2.2	Instrumente zur Verhaltensbeobachtung und Fremdanamnese	7
1.2.3	Apparative Labor- und Testdiagnostik	8
1.2.4	Früherkennung	8
1.3	Theory of Mind	8
1.3.1	Definition	8
1.3.2	Studien zur ToM bei Menschen mit Autismus	9
1.4	Therapeutische Interventionen	10
1.4.1	Verhaltenstherapeutische Interventionen	10
1.4.2	Pharmakologische Interventionen	11
1.4.3	Spezielle Programme zum Training von ToM und sozialem Verständnis	11
1.4.4	Training der sozialen Kompetenzen in Gruppenverfahren bei hochfunktionalem Autismus	12
2	Evaluation des Therapieprogramms TOMTASS	15
2.1	Beschreibung der Gesamtstichprobe	16
2.2	Ablauf der Evaluation	16
2.3	Evaluationsmaße	16
2.3.1	Fragebögen	16
2.3.2	Videoanalyse	17
2.4	Ergebnisse	18
2.4.1	Symptomatik	18
2.4.2	Elternbeurteilung der Lebensqualität	18
2.4.3	Selbstbeurteilung der Lebensqualität	18
2.4.4	SRS- und ILK-Veränderungsversionen	18
2.4.5	Analyse von Videosequenzen	18
2.4.6	Behandlungszufriedenheit	19
2.5	Diskussion und Ausblick	19
II	Therapieprogramm TOMTASS	21
3	Allgemeine Hinweise und Einführung	23
3.1	TOMTASS im Überblick	24
3.1.1	Rahmenbedingungen	24
3.1.2	Aufbau des Trainings	24
3.1.3	Teilnahmebedingungen	24
3.1.4	Allgemeine Therapieprinzipien	25
3.1.5	Spezifische TOMTASS-Therapieprinzipien	26
3.1.6	Globale Ziele	27
3.1.7	Individuelle Ziele	28

3.2	Aufbau der Therapiemodule	28
3.3	Hinweise zur Durchführung	29
3.3.1	Planung	29
3.3.2	Tipps und Tricks	29
3.4	Rolle der Therapeuten	31
4	Feste Bestandteile	33
4.1	Feste Bestandteile jeder Gruppenstunde	34
4.2	Anhang: Materialien	35
5	Modul 1: Kennenlernen und Einfinden in die Gruppe	37
5.1	Einführung und Theorie	38
5.2	Themen und Bausteine	38
5.3	Spiele	41
5.4	Hausaufgaben	42
5.5	Anhang: Materialien	42
6	Modul 2: Psychoedukation	51
6.1	Einführung und Theorie	52
6.2	Themen und Bausteine	52
6.3	Hausaufgaben	53
6.4	Anhang: Materialien	54
7	Modul 3: Theory of Mind – Gefühle	61
7.1	Einführung und Theorie	62
7.2	Themen und Bausteine	62
7.3	Spiele	64
7.4	Hausaufgaben	64
7.5	Anhang: Materialien	65
8	Modul 4: Theory of Mind – Gedanken	73
8.1	Einführung und Theorie	74
8.2	Themen und Bausteine	74
8.3	Hausaufgaben	75
8.4	Anhang: Materialien	76
9	Modul 5: Theory of Mind – Sprache	95
9.1	Einführung und Theorie	96
9.2	Themen und Bausteine	96
9.3	Spiele	97
9.4	Hausaufgaben	97
9.5	Anhang: Materialien	97
10	Modul 6: Kontaktaufnahme und Freundschaft	101
10.1	Einführung und Theorie	102
10.2	Themen und Bausteine	102
10.3	Spiele	104
10.4	Hausaufgaben	104
10.5	Anhang: Materialien	105
11	Modul 7: Konflikte und Kritik	113
11.1	Einführung und Theorie	114
11.2	Themen und Bausteine	114

11.3	Hausaufgaben	116
11.4	Anhang: Materialien	117
12	Modul 8: Körperübungen, Entspannung und Stresstoleranz	125
12.1	Einführung und Theorie	126
12.2	Themen und Bausteine	126
12.3	Spiele	127
12.4	Hausaufgaben	127
12.5	Anhang: Materialien	128
13	Special Events	133
13.1	Einführung und Theorie	134
13.2	Events	134
13.3	Anhang: Materialien	136
14	Weitere Spiele	139
15	Evaluation im Rahmen der Gruppenstunden	143
15.1	Einführung und Theorie	144
15.2	Themen und Bausteine	144
15.3	Hausaufgaben	144
15.4	Anhang: Materialien	145
16	Elternabende	147
16.1	Einführung und Theorie	148
16.2	Themen und Bausteine	148
16.3	Anhang: Materialien	149
17	Einzelgespräche	153
17.1	Einführung und Theorie	154
17.2	Themen und Bausteine	154
17.3	Anhang: Materialien	155
18	Dokumentation und Supervision	159
18.1	Dokumentation	160
18.2	Supervision	160
18.3	Anhang: Materialien	161
	Literatur	166
	Stichwortverzeichnis	170

Abkürzungsverzeichnis

AA	atypischer Autismus
ABA	Applied Behavior Analysis
ABC	Autism Behavior Checklist
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ADI-R	Diagnostisches Interview für Autismus – Revidiert
ADOS	Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen
APA	American Psychological Association
AS	Asperger-Syndrom
ASS	Autismusspektrumstörung(en)
ASSQ	High-Functioning Autism Spectrum Screening Questionnaire
BESS	Beobachten und Einschätzen sozialer Situationen
CARS	Childhood Autism Rating Scale
CHAT	Checklist for Autism in Toddlers
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV. Revision
EEG	Elektroenzephalographie
EMB	extreme male brain
FBB-FR	Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (Freiburger Version)
FEFA	Frankfurter Test und Training des Erkennens von fazialem Affekt
FSK	Fragebogen zur Sozialen Kommunikation
HAWIK	Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder
HFA	High-Functioning-Autismus
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision
ILK	Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen
KOMPASS	Kompetenztraining für Jugendliche mit Autismusspektrumstörungen
MBAS	Marburger Beurteilungsskala zum Asperger- Syndrom
PEP-R	Psychoeducational Profile – Revised
SCQ	Social Communication Questionnaire
SKT	soziales Kompetenztraining
SRS	Social Responsiveness Scale (Skala zur Sozialen Reaktivität)
SSRI	selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children
ToM	Theory of Mind
TOP	Tagesordnungspunkt
WHO	World Health Organization

Grundlagen und Theorie

Kapitel 1 Gegenwärtiger Forschungsstand – 3

Kapitel 2 Evaluation des Therapieprogramms TOMTASS – 15

Gegenwärtiger Forschungsstand

1.1 Definition und Ätiologie – 4

1.1.1 Beschreibung des Störungsbildes – 4

1.1.2 Ätiologische Modelle – 5

1.2 Diagnostik – 7

1.2.1 Fragebögen – 7

1.2.2 Instrumente zur Verhaltensbeobachtung und Fremdanamnese – 7

1.2.3 Apparative Labor- und Testdiagnostik – 8

1.2.4 Früherkennung – 8

1.3 Theory of Mind – 8

1.3.1 Definition – 8

1.3.2 Studien zur ToM bei Menschen mit Autismus – 9

1.4 Therapeutische Interventionen – 10

1.4.1 Verhaltenstherapeutische Interventionen – 10

1.4.2 Pharmakologische Interventionen – 11

1.4.3 Spezielle Programme zum Training von ToM
und sozialem Verständnis – 11

1.4.4 Training der sozialen Kompetenzen in Gruppenverfahren
bei hochfunktionalem Autismus – 12

In diesem Kapitel werden wichtige Aspekte bezüglich der Definition, Ätiologie, Diagnostik und Intervention bei Autismusspektrumstörungen (ASS) dargestellt, um den Einstieg in die Praxis zu erleichtern und den theoretischen und konzeptuellen Hintergrund des Manuals zu beleuchten. Eine ausführlichere Darstellung des Störungsbildes und der therapeutischen Möglichkeiten findet man bei Remschmidt und Kamp-Becker in ihrem Buch zum Asperger-Syndrom (Remschmidt u. Kamp-Becker 2006) sowie bei Freitag (2008) und Poustka et al. (2004).

1.1 Definition und Ätiologie

1.1.1 Beschreibung des Störungsbildes

■ Klassifikation

Die ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision; WHO 1992) beschreibt dieses Störungsbild innerhalb des Komplexes der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, unter denen man Störungen in Folge von abweichender und nicht nur verzögerter Entwicklung versteht. Innerhalb der Kategorie der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen spricht man von einem autistischen Spektrum, in dem hauptsächlich der frühkindliche Autismus vom Asperger-Syndrom und vom atypischen Autismus unterschieden wird.

Die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen werden hierbei unter dem ICD-10-Code F84 zusammengefasst, wobei innerhalb der Gruppe nochmals – wie in der folgenden ► Übersicht gezeigt – unterschieden wird:

ICD-10: Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84.x)	
F 84.0	Frühkindlicher Autismus
F 84.1	Atypischer Autismus
F 84.10	– mit atypischem Erkrankungsalter
F 84.11	– mit atypischer Symptomatologie
F 84.12	– mit atypischem Erkrankungsalter und atypischer Symptomatologie
F 84.2	Rett-Syndrom
F 84.3	Andere desintegrative Störung des Kindesalters
F 84.4	Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien
F 84.5	Asperger-Syndrom
F 84.8	Sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörung
F 84.9	Nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung

■ Symptome

Die Diagnostik basiert auf der Erfassung von drei Hauptsymptomen.

■ Soziale Interaktion

Als Erstes sind qualitative Auffälligkeiten bei der gegenseitigen sozialen Interaktion zu nennen. Hierunter versteht man die Schwierigkeit, soziale Interaktionen durch nichtverbales Verhalten, wie z. B. Blickkontakt oder soziales Lächeln, zu regulieren. Des Weiteren wird darunter die Schwierigkeit, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzunehmen, ein Mangel an Aufmerksamkeit oder Freude, die mit anderen geteilt wird, und ein Mangel an sozioemotionaler Gegenseitigkeit verstanden. Unter Letzterem lassen sich beispielsweise unangemessene Annäherungsversuche und Reaktionen des Kindes in sozialen Situationen subsumieren.

■ Kommunikation

Als zweiter Hauptsymptomenkomplex gelten die qualitativen Auffälligkeiten der Kommunikation und der Sprache. Bei der Hälfte der Kinder mit frühkindlichem Autismus liegt entweder keine oder eine nur unverständliche Sprache vor, und sie kompensieren diese mangelnden Sprachfähigkeiten nicht mit Mimik, Gestik oder spontanem Imitieren von Handlungen. Oftmals hat die Sprache einen stereotypen, repetitiven oder idiosynkratischen Charakter: So vertauschen sie beispielsweise die Personalpronomina, neigen zu Echolalie und Wortneubildungen; selten findet sprachlicher Austausch im Sinne einer informellen Konversation statt. Im Bereich des High-Functioning-Autismus (HFA) und des Asperger-Syndroms (s. unten) sind vor allem qualitative Auffälligkeiten der Sprache zu vermerken, wie auffällige Prosodie, Stimmhöhe oder Betonung. Darüber hinaus weisen die meisten Kinder mit Autismusspektrumstörungen eine Entwicklungsverzögerung oder gar Abwesenheit der Imitationsfähigkeit sowie des „So-tun-als-ob-“ und Fantasie-Spielens auf.

■ Auffällige Verhaltensmuster

Das dritte Hauptsymptom sind die begrenzten, repetitiven und stereotypen Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten. Die Betroffenen beschäftigen sich mit stereotypen, ungewöhnlichen Handlungen und eng begrenzten Spezialinteressen. Auch motorische Manierismen, wie z. B. das Flattern mit den Händen bei Freude, oder die Beschäftigung mit Teilobjekten, z. B. im sensorischen Bereich, zählen hierzu. Eine weitere Auffälligkeit besteht darin, dass viele Menschen mit autistischen Störungen bemüht sind, eine strikte Ordnung in Form von Gleichförmigkeit der Umwelt und gewohnten Tagesabläufen in ihrem Leben einzuhalten, und kleinste Abweichungen als bedrohend erleben.

■ Subtypen

■ ■ Asperger-Syndrom

Das Asperger-Syndrom (AS) wurde zum ersten Mal von Hans Asperger (1944) beschrieben. Menschen mit AS (ICD-10: F84.5) haben für gewöhnlich keine Sprachprobleme und ihr IQ ist durchschnittlich bis hin zu überdurchschnittlich. Hier fehlt demnach die abnorme Sprach- oder kognitive Entwicklung. Ansonsten entsprechen die diagnostischen Kriterien im Grunde denjenigen des frühkindlichen Autismus. Symptome eines frühkindlichen Autismus werden gewöhnlich vor dem 3. Lebensjahr manifest, wogegen das Asperger-Syndrom später, oft im Alter von etwa 6 Jahren, bemerkt wird. Allerdings sind die diagnostischen Kriterien nicht ganz klar: Zum Beispiel fehlt im **DSM-IV** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV. Revision, APA 2000) eine eigene diagnostische Kategorie für das AS, und die Frage der genauen Differenzierung zwischen HFA und AS bleibt umstritten (Woodbury-Smith et al. 2005; Volkmar et al. 2009). In der weiteren Entwicklung (DSM-V, in Vorbereitung) wird der Vorschlag gemacht, auf diese Unterscheidung zu verzichten und die Bezeichnung Autismus-spektrumstörungen (ASS) für alle Formen zu verwenden (Wing et al. 2011).

■ ■ High-Functioning-Autismus

High-Functioning-Autismus (HFA) ist keine ICD-10-Diagnose, wird allerdings zur Bezeichnung von Menschen mit frühkindlichem Autismus, je nach Definition, ohne geistige Behinderung ($IQ \geq 70$) oder mit mindestens durchschnittlicher Intelligenz ($IQ \geq 85$) benutzt. Die sprachlichen Fähigkeiten entwickeln sich in der frühen Kindheit zuerst verzögert, werden aber wieder aufgeholt, so dass diese Menschen später klinisch nicht mehr von Menschen mit AS zu unterscheiden sind.

■ ■ Atypischer Autismus

Der atypische Autismus (AA) wird laut ICD-10 dadurch definiert, dass die diagnostischen Kriterien nicht in allen drei Bereichen erfüllt sind. Er bildet daher eine nachrangige Kategorie, die hauptsächlich durch Ausschlusskriterien für den frühkindlichen Autismus oder AS bei bestehenden autistischem Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion charakterisiert wird. Oft wird diese Kategorie benutzt, wenn die Abgrenzung zu anderen Entwicklungsstörungen (z. B. geistiger Behinderung) schwierig ist.

➤ In der gegenwärtigen klinischen Praxis wird hauptsächlich von **Autismusspektrumstörungen (ASS)** gesprochen und eine Abgrenzung zwischen den drei Subtypen wird zunehmend vernachlässigt.

■ Epidemiologie

Nach aktuellen epidemiologischen Untersuchungen kann eine Prävalenz der tiefgreifenden Entwicklungsstörung von 62,6 pro 10.000 angenommen werden (Fombonne 2005; Fombonne et al. 2009), wobei Jungen weitaus häufiger betroffen sind als Mädchen (3,5:1). Die epidemiologischen Daten beim AS variieren erheblich. Man schätzt ein Geschlechterverhältnis von 9:1 mit einer selteneren Betroffenheit des weiblichen Geschlechts. Die Prävalenz des AS ist wahrscheinlich weit höher (ca. 4–7 pro 1.000) als die des frühkindlichen Autismus (Remschmidt u. Martin 2002).

■ Differenzialdiagnosen und Komorbidität

Differenzialdiagnostisch gilt es, andere tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung, Deprivation, Schizophrenie, Mutismus, reaktive Bindungsstörung und Angststörungen von Autismus abzugrenzen. Als häufig komorbid auftretende Entwicklungsstörungen und spezifische Symptome gelten Intelligenzminderung, Epilepsie, organische Syndrome, Hyperaktivität, Zwänge und selbstverletzendes Verhalten (Poustka et al. 2004).

In der heutigen Zeit wird die Frage intensiv diskutiert, ob psychopathologische Merkmale, die oft autistischem spezifische Symptome begleiten, als eigenständige komorbide Störungen diagnostiziert werden sollen (Sinzig u. Lehmkuhl 2011). Eine hohe Komorbidität weisen ASS mit Angst- und Zwangsstörungen, depressiven Erkrankungen, oppositionellen Störungen des Sozialverhaltens und vor allem ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) auf (Leyfer et al. 2006).

1.1.2 Ätiologische Modelle

Unbestritten wird heute von einer biologischen Ursache (Genetik) des Autismus ausgegangen. Nur etwa 10 % der phänotypischen Varianz des Autismus können durch Umweltfaktoren erklärt werden (Poustka et al. 2004).

■ Neuropsychologische Faktoren

In der Neuropsychologie des Autismus werden vor allem Besonderheiten der Intelligenzstruktur, Störungen der Theory of Mind (ToM) (Premack u. Woodruff 1978; Baron-Cohen et al. 1985; Details in ► Abschn. 1.3, Störungen der Exekutivfunktionen (Happé et al. 2006) sowie eine schwache zentrale Kohärenz (Frith u. Happé 1994) als mögliche psychologische Korrelate autistischen Verhaltens benannt und sind Gegenstand der aktuellen Forschung.

Im Bereich der **Intelligenzstruktur** fällt häufig auf, dass Menschen mit ASS (vor allem mit frühkindlichem Autismus) relativ gute Leistungen in den Bereichen der

visuell-räumlichen Fähigkeiten und Gedächtnisfunktionen aufweisen (Rühl et al. 1995), wobei eine für Autismus angenommene Diskrepanz zwischen den Subskalen Verbal-IQ und Handlungs-IQ des Hamburg-Wechsler-Intelligenztests für Kinder (HAWIK III) nicht durchgängig festgestellt werden konnte (Siegel et al. 1996). Bei Subtests zu sozialen Kognitionen sind die Leistungen zumeist unterdurchschnittlich (Rühl et al. 1995).

Unter **Exekutivfunktionen** versteht man üblicherweise kognitive Prozesse der Inhibition, des Arbeitsgedächtnisses und der kognitiven Flexibilität (Miyake et al. 2000). Als Symptom, das aus der Störung der Exekutivfunktion resultieren kann, beschreibt Baron-Cohen (2005) das repetitive Verhalten vieler Patienten und ihr starkes Festhalten an Routinen und Gleichbleibendem. Die Störungen der Exekutivfunktionen sind allerdings nicht spezifisch für Störungen des autistischen Spektrums (u. a. Liss et al. 2001). So zeigen beispielsweise auch Kinder mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) Schwierigkeiten in der Inhibition und im Arbeitsgedächtnis (Geurts et al. 2004; Happé et al. 2006; Sinzig et al. 2009).

Das Konzept der **schwachen zentralen Kohärenz** beschreibt einen generellen Verarbeitungsstil, der sich auf Details konzentriert meist auf Kosten von übergeordneten Entitäten. Nach Frith (1989) ist das Interesse an Details im Gegensatz zu ganzen Gegenständen ein Anzeichen der schwachen zentralen Kohärenz. Auch Jolliffe und Baron-Cohen (2001) konnten mit einer Puzzelaufgabe als Beispiel für das Vorliegen einer schwachen zentralen Kohärenz zeigen, dass Menschen mit autistischen Störungen in diesem Bereich Schwierigkeiten im Vergleich zu neurotypischen Menschen haben.

Baron-Cohen (2005) nennt zudem die „**Empathizing-Systemizing Theory**“ als Erklärungsansatz. Unter „empathizing“ versteht er die Schwierigkeiten vieler Menschen mit ASS, sich in andere einzufühlen, wogegen ihre Stärken eher im Systematisieren von Dingen nach Regeln liegen. Daher bezeichnet er das Gehirn eines Menschen mit einer autistischen Störung als „extreme male brain“ (EBM), also ein Gehirn, das dem eines Mannes in der Extremform gleicht (Baron-Cohen 2010). Diese Bezeichnung ist darauf zurückzuführen, dass Männer besser abschneiden als Frauen, wenn es um Systemisierungsaufgaben geht, während Frauen ihre Stärken im Vergleich zu Männern in der Empathie haben.

■ Neurophysiologische Faktoren

Auf der neurophysiologischen/neuroanatomischen Ebene bietet die Theorie des Spiegelneuronensystems laut der Forschungsgruppe von Rizzolatti einen möglichen einheitlichen Erklärungsansatz für verschiedene autismustypische Symptome und Defizite bei Menschen mit ASS

(Übersicht in Rizzolatti et al. 2009). Spiegelneurone sind Neuronen, die zuerst bei Affen in neurophysiologischen Experimenten entdeckt wurden und hauptsächlich im prämotorischen und im inferioren parietalen Cortex lokalisiert sind. Sie feuern sowohl bei der Ausführung von Aktionen als auch bei der Beobachtung von Handlungen (Di Pellegrino et al. 1992). In Bildgebungsstudien wurde ein ähnliches Spiegelneuronensystem auch bei Menschen entdeckt (Iacoboni u. Dapretto 2006). Es wurde eine Hypofunktion dieses Systems bei Menschen mit autistischen Störungen postuliert und in bildgebenden Verfahren bei Aufgaben zur Beobachtung und Imitation von Emotionen bestätigt (Dapretto et al. 2006). Eine solche Hypofunktion bei ASS könnte nicht nur zu einem defizitären Imitationslernen führen (Williams et al. 2004), sondern spekulativ auch für Probleme in der Motorik (Fournier et al. 2010), Sprache und, in Abhängigkeit davon, für Defizite in den kognitiven Leistungen, wie gemeinsame Aufmerksamkeit (Joint Attention), Empathie und ToM-Fähigkeiten (► Abschn. 1.3) verantwortlich sein (Iacoboni u. Dapretto 2006).

■ Neuroanatomische Faktoren

Im neuroanatomischen Bereich wird momentan auch die Rolle der Amygdala bei der Ätiologie von Autismus diskutiert, da in ihr ein wesentlicher Bestandteil der sozialen Intelligenz vermutet wird (Baron-Cohen 2005). So zeigen Patienten mit Autismus ähnliche Defizite der Empathie wie Patienten mit einer Amygdalaläsion. Auch konnte gezeigt werden, dass Menschen mit ASS weniger Aktivität ihrer Amygdala zeigen, während sie eine Empathieaufgabe bearbeiten, als neurotypische Menschen (Baron-Cohen 2005). Interessanterweise gelten diese Ergebnisse auch für eine im Erwachsenenalter erworbene Amygdalaläsion. Ashwin et al. (2007) konnten zeigen, dass bei Menschen mit AS und HFA beim Verarbeiten von Gesichtsausdrücken andere Bereiche des Gehirns aktiviert sind als bei einer neurotypischen gesunden Vergleichsgruppe. Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass sich bei der Kontrollgruppe in Abhängigkeit von der Intensität der furchtsamen Gesichtsausdrücke die Aktivität der Gehirnbereiche ändert, was bei der autistischen Gruppe nicht der Fall war.

■ Dyskonnektionstheorie

Die so genannte Dyskonnektionstheorie ist ein Erklärungsansatz, der neurophysiologische, neuroanatomische sowie genetische Aspekte und Umweltfaktoren in eine einheitliche Theorie zusammenfasst. Sie geht davon aus, dass während der Entwicklung viele Verbindungen von Assoziationsarealen höherer Ordnung vor allem mit dem Frontallappen (vor allem zum Frontallappen hin) nicht hergestellt werden. Je nach Wirkungsweise genetischer