



D. Ebert · T. Fangmeier · A. Lichtblau · J. Peters
M. Biscaldi-Schäfer · L. Tebartz van Elst

Asperger- Autismus

und hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen

Das Therapiemanual
der Freiburger Autismus-Studiengruppe



HOGREFE



Asperger-Autismus und hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen

Asperger- Autismus

und hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen

Das Therapiemanual
der Freiburger Autismus-Studiengruppe

von

D. Ebert, T. Fangmeier, A. Lichtblau, J. Peters,
M. Biscaldi-Schäfer, L. Tebartz van Elst

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD
PRAG · TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM
KOPENHAGEN · STOCKHOLM · FLORENZ

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.

Aus Ebert, Fangmeier, Lichtblau, Peters, Biscaldi-Schäfer & Tebartz van Elst – Asperger-Autismus und hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen (ISBN 9783840925016) © 2013 Hogrefe, Göttingen.

Prof. Dr. Dieter Ebert. 1979–1985 Studium der Medizin in Erlangen. 1992 Habilitation. Leiter der Hochschulambulanz und der Sektion Forensik an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg.

Dr. phil. Thomas Fangmeier, geb. 1965. 1993–2000 Studium der Psychologie in Freiburg. 2010 Promotion. Seit 2007 im Asperger-Projekt (Psychometrie, Neuropsychologie, MRT-Forschung, Therapie) der Universitätsklinik Freiburg, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie tätig.

Dipl.-Psych. Andrea Lichtblau, geb. 1965. 1997–2004 Studium der Psychologie an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg. 2007 bis 10/2010 Psychologin in der psychiatrischen Uniklinik Freiburg. Seit Oktober 2010 selbstständige Tätigkeit sowie Betreuung des Asperger-Projektes an der psychiatrischen Uniklinik in Freiburg.

Dr. Julia Peters. 1994–1999 Studium der Humanmedizin in Tübingen und Freiburg. 2001 Promotion. Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. 2007–2010 Oberärztin der psychiatrischen Uniklinik Freiburg. Seit Juli 2010 Oberärztin an der Fliedner Klinik Berlin.

Dr. Monica Biscaldi-Schäfer, geb. 1961. 1980–1986 Studium der Humanmedizin in Parma und Verona. 1986 und 1997 Promotionen in Verona und Freiburg. Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Seit November 2006 Oberärztin der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsklinik Freiburg.

Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst. 1987–1995 Studium der Philosophie und Medizin an den Universitäten Freiburg, Manchester, New York und Zürich. 1995 Promotion. 2004 Habilitation. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Seit 2010 stellvertretender Ärztlicher Direktor und Leitender Oberarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg. Vorsitzender des Referats Neuropsychiatrie der DGPPN. Leiter der Freiburg Autismus-Studiengruppe im Erwachsenenbereich.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

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.

© 2013 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto · Boston
Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm · Florenz
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Umschlagabbildung: © Kica Henk – Fotolia.com

Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar

Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2501-6

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhalt

Geleitwort	9
Vorwort	11
Kapitel 1: Das Asperger-Syndrom – zum Krankheitsbild	13
1.1 Geschichte	13
1.2 Klinische Symptomatik	13
1.2.1 Verlauf der klinischen Symptomatik	16
1.3 Epidemiologie	16
1.4 Ätiologie und Pathogenese	17
1.5 Diagnose	20
1.5.1 Klinische Diagnose	20
1.5.2 Ausschluss einer organischen Störung	23
1.5.3 Psychiatrische Differentialdiagnosen und Komorbiditäten	23
1.6 Besonderheiten des Asperger-Syndroms in der Erwachsenenpsychiatrie	26
Kapitel 2: Behandlung	28
2.1 Medikamentöse Therapieoptionen	28
2.2 Psychotherapeutische Verfahren	28
2.3 Verhaltenstherapeutische Methoden	29
2.3.1 Kommunikationstechnik	29
2.3.2 Computergestützte Programme: Training der Emotionserkennung und des sozialen Verständnisses	30
2.3.3 Verständnis von sozialen Situationen und Training	30
2.3.4 Training sozialer und kommunikativer Fertigkeiten	30
2.3.5 Status Quo der Therapie des Asperger-Syndroms im Erwachsenenalter	31
Kapitel 3: Entwicklung des Therapiekonzeptes	32
3.1 Ausgangsbedingungen und Eckpunkte zur Konzeptentwicklung	32
3.1.1 Spezifische Probleme bei der Therapie erwachsener Menschen mit Asperger-Syndrom ..	32
3.1.2 Übergeordnete Ziele des FASTER-Konzepts	32
3.1.3 Gruppentherapeutisches versus einzeltherapeutisches Konzept	33
3.2 Die Freiburger AspergerSpezifische Therapie für ERwachsene (FASTER)	33
3.3 Individuelle und Gruppenziele	35
3.4 Rahmenbedingungen	35
3.4.1 Voraussetzungen der Therapeuten	35
3.4.2 Voraussetzungen für die Teilnehmer	38
3.4.3 Technische Aspekte	38
3.4.4 Gruppengröße und -beschaffenheit	39
3.4.5 Gruppendauer, -frequenz	39
3.4.6 Durchführung als Einzeltherapie	40
3.5 Angehörigenarbeit	40
3.6 Weitere Maßnahmen	40
3.7 Einordnung des FASTER Konzepts als evidenzbasierte psychotherapeutische Methode ..	40
3.8 Erste empirische Befunde	41
3.8.1 Messzeitpunkte	41

3.8.2	Stichprobe	41
3.8.3	Depressionswert (BDI)	41
3.8.4	Selbstwertschätzung (MSWS)	42
3.8.5	Lebensqualität, WHOQOL-BREF	42
3.8.6	Ergebnisse	43
Kapitel 4: Therapiebausteine		45
4.1	Themenübersicht	45
4.2	Dauer der Gruppentherapie, Anzahl der Sitzungen, Flexibilität, Diskussionen und aktuelle Probleme von Gruppenteilnehmern	47
4.3	Feste Bestandteile jeder Sitzung	47
4.4	Die einzelnen Sitzungen	49
4.5	Basismodul	50
4.5.1	Sitzung 1: Allgemeine Information, Vorstellung der Teilnehmer	50
4.5.2	Sitzung 2: Gruppenregeln, Ziele und therapeutische Techniken	52
4.5.3	Sitzung 3: Asperger-Syndrom: Stärken und Schwächen	54
4.5.4	Sitzung 4: Diagnosekriterien, Verhaltens- und Verarbeitungsstile	55
4.6	Aufbaumodul	57
4.6.1	Achtsamkeit I: Einführung, Theorie	57
4.6.2	Achtsamkeit II: Erkennen von Stresssituationen	59
4.6.3	Gefühle: Einführung	60
4.6.4	Gefühle, nonverbale Kommunikation I	62
4.6.5	Gefühle, nonverbale Kommunikation II	64
4.6.6	Verbale Kommunikation: Einführung	67
4.6.7	Verbale Kommunikation: Ebenen der verbalen Kommunikation	68
4.7	Vertiefungsmodul	71
4.7.1	Grundlegende Fertigkeiten der Kommunikation: Aktiv zuhören und Interesse zeigen ...	73
4.7.2	Grundlegende Fertigkeiten der Kommunikation: Um Hilfe bitten, Informationen erhalten	74
4.7.3	Grundlegende Fertigkeiten der Kommunikation: Jemanden um etwas bitten, einen Wunsch äußern	75
4.7.4	Grundlegende Fertigkeiten der Kommunikation: Jemanden zu etwas auffordern	76
4.7.5	Grundlegende Fertigkeiten der Kommunikation: Reklamation	77
4.7.6	Grundlegende Fertigkeiten der Kommunikation: Bedanken, loben, Komplimente machen, Freude ausdrücken	78
4.7.7	Grundlegende Fertigkeiten der Kommunikation: Wut, Trauer, Angst und Sorgen mitteilen	79
4.7.8	Grundlegende Fertigkeiten der Kommunikation: Telefonieren	80
4.7.9	Small Talk, wie geht das und warum unterhält man sich so?	81
4.7.10	Weitere Fertigkeiten der Kommunikation	82
Literaturverzeichnis		83
 Anhang A: Arbeitsmaterialien		
Arbeitsblatt 1: Befindlichkeit/Stimmung		89
Arbeitsblatt 2: Vorstellungsrunde		90
Arbeitsblatt 3: Gruppenregeln		91
Arbeitsblatt 4: Gruppenziele		92
Arbeitsblatt 5: Techniken und Themenauswahl		93
Arbeitsblatt 6: Stärken und Schwächen		94
Arbeitsblatt 7/1: Diagnosekriterien, Verhaltens- und Verarbeitungsstile		95

Arbeitsblatt 7/2: Diagnosekriterien, Verhaltens- und Verarbeitungsstile	97
Arbeitsblatt 8: Achtsamkeitsprotokoll	98
Arbeitsblatt 9: Was- und Wie-Fertigkeiten der Achtsamkeit	99
Arbeitsblatt 10: Das Zusammenspiel von Gedanken, Gefühlen, Körperreaktionen & Verhalten in einer Situation	100
Arbeitsblatt 11: Situationsanalyse	101
Arbeitsblatt 12/1: Gefühle und ihre Bedeutung	102
Arbeitsblatt 12/2: Basisgefühle	103
Arbeitsblatt 12/3: Basisgefühle erkennen	106
Arbeitsblatt 12/4: Gefühlsprotokoll	113
Arbeitsblatt 13/1: Nonverbale Kommunikation, Erklärung	114
Arbeitsblatt 13/2: Nonverbale Kommunikation, Protokoll	116
Arbeitsblatt 13/3: Pantomime	117
Arbeitsblatt 14: Verbale Kommunikation	121
Arbeitsblatt 15/1: Die Ebenen der verbalen Kommunikation nach Schulz von Thun	123
Arbeitsblatt 15/2: Die Ebenen der verbalen Kommunikation nach Schulz von Thun	124
Arbeitsblatt 15/3: Beispiel Vier-Ohren-Modell nach Schulz von Thun	125
Arbeitsblatt 16/0: Checkliste Rollenspiel	126
Arbeitsblatt 16/1: Aktiv zuhören und Interesse zeigen	127
Arbeitsblatt 16/2: Um Hilfe bitten, Informationen erhalten	128
Arbeitsblatt 16/3: Jemanden um etwas bitten, einen Wunsch äußern	129
Arbeitsblatt 16/4: Jemanden zu etwas auffordern	130
Arbeitsblatt 16/5: Reklamation	132
Arbeitsblatt 16/6: Bedanken, Loben, Komplimente machen, Freude ausdrücken	133
Arbeitsblatt 16/7: Wut, Trauer, Angst und Sorgen mitteilen	134
Arbeitsblatt 17: Telefonieren	135
Arbeitsblatt 18: Small Talk	138

Anhang B: Protokollbögen

Protokollbogen für den Gnosis Facialis-Test (Internet)	143
Protokollbogen für den Prosodietest (mp3)	145

CD-ROM

Die CD-Rom enthält PDF-Dateien der Materialien, die für die Durchführung des Therapieprogramms verwendet werden können.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter www.adobe.com/products/acrobat erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.

Geleitwort

Die Auseinandersetzung mit psychischen Störungen aus dem Autismus-Spektrum spielt an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Freiburger Universitätsklinik in der letzten Dekade eine zunehmend größere Bedeutung. War die Diagnose eines Asperger-Syndroms oder hochfunktionalen Autismus noch vor 10 Jahren eine ausgesprochene Seltenheit, so wird sie in den letzten Jahren zunehmend häufiger als Basisstörung bei vielen Patienten mit oft atypischen depressiven Syndromen, Angsterkrankungen (insbesondere sozialen Phobien), aber auch bei psychotischen Krankheitsbildern oder der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkannt. Das hat weitreichende Konsequenzen, insbesondere für das Selbstbild der Betroffenen, und ist nicht selten dazu angetan, die Akzeptanz sowohl bei den Patienten als auch bei wichtigen Dritten zu fördern. Leider gab es bislang keine spezifischen psychotherapeutischen Behandlungskonzepte für diese Zielgruppe in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie.

Insofern freut es mich besonders, ein Geleitwort zu dem ersten detailliert ausgearbeiteten, störungsfokussierten Therapiemanual für die Psychotherapie von hochfunktionalen Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter voranzustellen. Dieses Manual steht ganz in der Freiburger Tradition, spezifische psychotherapeutische Angebote für Menschen mit bestimmten psychischen Diagnosen zu entwickeln. In unserer Klinik hat sich das Konzept nicht nur im ambulanten Bereich, sondern auch im inzwischen etablierten stationären Behandlungsschwerpunkt für Menschen mit autistischen Syndromen und komorbiden psychiatrisch-psychotherapeutischen Störungen sehr bewährt. Insofern hoffe ich, dass es auch außerhalb unserer Klinik dazu beitragen kann, die Versorgung von Menschen mit hochfunktionalem Autismus zu verbessern.

Forschung und Therapie wird von Menschen gemacht und lebt vom Engagement dieser Menschen. Bis es zu einem Therapiemanual wie dem vorliegenden kommen kann, müssen viele Beteiligte viel Zeit und Engagement investiert haben, welches in der Autorenliste einen sicher unzureichenden Ausdruck findet. So waren es auch viele ganz unterschiedliche Beiträge, die schlussendlich zum Zustandekommen dieses Manual geführt haben,

und die an dieser Stelle anerkannt und dankend erwähnt werden sollen.

Dieter Ebert gebührt die Ehre, das Thema Asperger-Syndrom für unsere Klinik in seiner Bedeutung und Reichweite als Erster erkannt zu haben. Zusammen mit Monica Biscaldi und Emanuel Bubl gab er auch die Anstöße für eine erste Gruppentherapie mit Patientinnen und Patienten mit Asperger-Syndrom, welche im Jahre 2005 stattfand. Ludger Tebartz van Elst stieg rasch in die Spezialsprechstunde für autistische Störungen ein, die lange Zeit im wesentlichen von Dieter Ebert und ihm getragen wurde. Gemeinsam organisierten diese beiden auch den ersten Weiterbildungsworkshop zu Autismus-Spektrum-Störungen beim DGPPN 2007, welcher seither auf ein sehr großes und sehr positives Echo trifft. Eine wesentliche Ausweitung und ein Gewinn an Dynamik erfuhr die Freiburger Asperger Studiengruppe dann, als Andrea Lichtblau und Thomas Fangmeier dazu stießen. Sowohl Diagnostik als auch Therapieangebote konnten wesentlich ausgeweitet und professionalisiert werden. Dies konnte noch einmal intensiviert werden, nachdem Julia Peters 2008 und Andreas Riedel 2009 dazu stießen und sowohl die therapeutischen Möglichkeiten (Julia Peters) als auch die Kapazität der Sprechstunde und die Breite des Forschungsspektrums (Andreas Riedel) deutlich ausgeweitet wurden. Für die Entwicklung dieses Manuals ist insbesondere das Engagement von Andrea Lichtblau, Thomas Fangmeier und Julia Peters hervorzuheben, die in jahrelangen wöchentlichen „Work In Progress“-Treffen für eine kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung des Konzepts sorgten. Die letzten Jahre waren geprägt von einem stetig steigenden Interesse an dieser Symptomatik und verstärkten Bemühungen, neben diagnostischer und ätiopathogenetischer Forschung auch das therapeutische Angebot für betroffene Menschen auszubauen. In jüngster Zeit schlossen sich weitere Kolleginnen und Kollegen wie Herr Klaas Winter, Martina Schwämmle und Alexandra Isaksson dem Team der Freiburger Asperger Studiengruppe an.

Besonders erfreulich ist es, dass sich im Kontext dieser Symptomatik eine sehr intensive wissenschaftliche und klinische Kooperation zwischen der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie

und -psychotherapie und der Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie entwickeln ließ. So versteht sich die Forschergruppe als fachübergreifend und interdisziplinär. Gemeinsam mit Monica Biscaldi, Reinhold Rauh, Christiane Kuhn-Hennigshausen, Mirjam Müller und vielen anderen hat sich so an der Universitätsklinik Freiburg eine große interdisziplinäre Asperger und Autismus Forschergruppe etabliert, deren Ziel es ist die verschiedenen klinischen, neurobiologischen und therapeutischen Aspekte zu den Autismus-Spektrum-Störungen weiter zu entwickeln. Hier ist auch die hervorragende Zusammenarbeit mit neurobiologisch ausgerichteten Forschern wie Christoph Kaller, Simon Maier, Evgeniy Perlov und vielen anderen zu nennen. Dabei fungieren Monica Biscaldi als Gruppenleiterin für den Kinder- und Jugend-

bereich und Ludger Tebartz van Elst als Gruppenleiter für den Erwachsenenbereich.

Hervorgehoben werden muss schließlich noch die Rolle von Julia Peters beim Zustandekommen dieses Manuals. Sie hat lange Zeit den Prozess der Bucherstellung wesentlich angetrieben und koordiniert. Dafür gebührt Ihr Dank und Anerkennung.

Schlussendlich soll all den Patienten und Patientinnen gedankt werden, die durch ihre engagierte Teilnahme, ihre Rückmeldungen und ihre Verbesserungsvorschläge die Entstehungsgeschichte dieses Manuals wesentlich mit geprägt haben.

Freiburg, im Frühjahr 2012

Prof. Dr. *Mathias Berger*

Vorwort

Das Asperger-Syndrom (AS) und verwandte Formen des hochfunktionalen Autismus¹ finden in den letzten Jahren ein zunehmend großes Echo in den Medien, v. a. in Form von Dokumentationen in den Printmedien, aber auch im Rahmen von TV-Spielfilmen oder in Kinofilmen wie *Adam* oder *BenX*.

In diesem Zusammenhang werden häufig die besonderen Fähigkeiten und Leistungen, zu denen manche besonders begabte Menschen mit Asperger-Syndrom in der Lage sind, hervorgehoben. Darunter kann die Realitätsnähe des vermittelten klinischen Eindrucks gelegentlich leiden, da bei weitem nicht alle betroffenen Menschen entsprechend spektakuläre Sonderbegabungen aufweisen. Dennoch führt diese klar erkennbare Popularisierung des Konzepts des Asperger-Syndroms zu einem deutlich zunehmenden öffentlichen Interesse an diesem Symptombild und verbunden damit zu vermehrten Nachfragen bei Fachärzten nach diagnostischen Einschätzungen und therapeutischen Optionen.

Bisher wurde die Autismus-Spektrum-Störung (ASS) in Deutschland zumeist als Problem des Kindes- und Jugendalters begriffen. Mit der wachsenden öffentlichen Aufmerksamkeit wird in den letzten Jahren jedoch immer klarer, dass zum einen eine große Untergruppe von betroffenen Menschen meist mit hochfunktionalen autistischen Syndromen erst im Erwachsenenalter ärztlich vorstellig wird. Zum anderen rückt auch mehr ins Bewusstsein, dass Asperger-typische Eigenschaften Betroffener sich selbstverständlich auch im Erwachsenenalter fortsetzen, da es sich um überdauernde Symptome handelt. Dies wird auch durch die im ICD-10 vorgenommene Einordnung unter die „tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“ (F84.5) deutlich.

1 Der Begriff Asperger-Syndrom wird meist so gebraucht, dass er Formen des hochfunktionalen Autismus beschreiben soll. Auch wenn es eine kleinere Gruppe von Menschen gibt, die an einem hochfunktionalen frühkindlichen Autismus oder an einem Asperger-Syndrom mit niedriger Funktionalität leiden (vgl. Kapitel 2 dieses Buches), soll auch hier, der Alltagssprache folgend, der Begriff Asperger-Syndrom so gebraucht werden, dass er sich auf hochfunktionalen Varianten der Autismus-Spektrum-Störungen bezieht.

Wurde die Diagnose eines Asperger-Syndroms bereits im Kindes- oder Jugendalter gestellt, bereitet die Erkennung des typischen symptomatischen Clusters den weiterbehandelnden Ärzten² meist keine Schwierigkeiten. Präsentiert sich ein Patient jedoch erst im Erwachsenenalter mit einem bunten psychopathologischen Mischbild, welches nicht selten in einem Bedingungszusammenhang mit schweren psychosozialen Problemen am Arbeitsplatz oder in den Beziehungen steht, so wird die Diagnose häufig trotz intensiver diagnostischer und therapeutischer Zuwendung erst spät gestellt.

Therapeutisch ist das Angebot sowohl für früh als auch für spät diagnostizierte Erwachsene mit Asperger-Syndrom sehr spärlich. Während im Kontext der Kinder- und Jugendmedizin eine Vielzahl von medizinischen, heilpädagogischen und anderen Methoden in den letzten Dekaden entwickelt wurden, versiegt das Angebot mit Erreichen des Erwachsenenalters abrupt; zumindest im deutschsprachigen Raum gibt es bislang keine spezifisch auf die Bedürfnisse von Erwachsenen zugeschnittenen Therapiekonzepte.

Daher soll in dieser Buchpublikation ein solches Manual zur psychotherapeutischen Begleitung erwachsener Menschen mit Asperger-Syndrom vorgestellt werden, welches an der Freiburger Universitätsklinik von der Asperger-Autismus-Studiengruppe erarbeitet wurde.

Da ein wesentlicher Teil der alltäglichen Schwierigkeiten von Menschen mit Asperger-Syndrom vor allem im Bereich der sozialen Interaktion und Kommunikation liegt, liegt es nahe, hier Konzepte zum Training der sozialen Kompetenz einzusetzen. Manuale zum Training der sozialen Kompetenz sind zahlreich vorhanden und wurden ursprünglich vor allem zur Behandlung von Angststörungen entwickelt. Inzwischen werden sie aber auch immer häufiger zur Verbesserung der Interaktion in Gruppen und im Arbeitsbereich auch ohne direkten Bezug zu Angsterkrankungen verwendet. Diese Trainingsmanuale scheinen sich daher auch

2 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die parallele Verwendung von weiblichen und männlichen Formen verzichtet. Selbstverständlich sind Frauen und Männer immer gleichberechtigt gemeint.

für Personen mit Asperger-Syndrom anzubieten, da hier doch ähnliche Verhaltensweisen vorliegen: Unsicherheit in der Kommunikation, der Kontaktaufnahme und Rückzug bzw. Vermeidung.

Wir haben uns aus verschiedenen Gründen gegen die 1 : 1-Verwendung dieser Manuale entschieden:

- (1) Es existiert ein fundamentaler Unterschied bei verschiedenen Elementen der sozialen Interaktion, wie Mimik, Gestik, Körperhaltung und Prosodie.
- (2) Daraus ergibt sich, dass sich die Kommunikation und Informationsverarbeitung deutlich von der nicht autistischer Personen unterscheidet (Schwierigkeiten bei der Interpretation der Intentionen anderer, häufig unübliche, veränderte Verhaltensweisen, die von anderen Personen nicht gut verstanden werden, Überforderung in Gruppen, Verarbeitung von Informationen abhängig von der Modalität, Schwierigkeiten, Informationen aus unterschiedlichen Modalitäten zu integrieren, z. T. Schwierigkeiten, Informationen „zwischen den Zeilen“ zu verstehen). Daher müssen Grundlagen der verbalen und nonverbalen Kommunikation eingeübt werden, bevor komplexere Alltagssituationen im Rollenspiel trainiert werden können.
- (3) Motivationsarbeit ist bei dieser Klientel besonders wichtig, da das Vermeidungsverhalten oft deutlich ausgeprägter ist als bei anderen Störungsbildern.
- (4) Da es sich um eine überdauernde Problematik im Sinne einer tiefgreifenden Entwicklungs-

störung handelt und die Generalisierung und der Transfer von Gelerntem besonders schwierig ist, muss erstens das Erlernte häufig geübt werden und zweitens eine integrative Herangehensweise angestrebt werden. Diese beinhaltet, dass nach Möglichkeit Eltern, Partner, Schule, Arbeitgeber und andere wichtige Bezugspersonen in die Therapie mit einbezogen werden sollten.

Unser Ziel war es daher, ein Therapiemanual zu entwerfen, das speziell auf die Bedürfnisse Erwachsener mit Asperger-Syndrom und auf deren besondere Art der Informationsverarbeitung und spezifische Schwierigkeiten zugeschnitten ist. Dem Therapeuten wird ein umfassendes Therapiekonzept an die Hand gegeben mit einer großen Bandbreite an Arbeitsmaterialien sowie Techniken, die sich in unseren Gruppen bewährt haben und damit zu einer Verbesserung der sozialen Kompetenz bei Menschen mit Asperger-Syndrom und hochfunktionalem Autismus beitragen können. In der Einzeltherapie verwendet, können die Therapiebausteine hilfreich sein, die Interaktion und Kommunikation der Betroffenen zu verbessern.

Wir hoffen mit diesem Manual einen ersten Beitrag leisten zu können, um die bisher kaum vorhandenen psychotherapeutischen Angebote für erwachsene, autistische Menschen zu erweitern und zu verbessern.

Für das Autorenteam *Ludger Tebartz van Elst*

Kapitel 1

Das Asperger-Syndrom – zum Krankheitsbild

1.1 Geschichte

Das Asperger-Syndrom ist eine Störung, die im frühen Kindesalter beginnt und bis ins Erwachsenenalter persistiert. Der Begriff hat seinen Ursprung in der Beschreibung der „autistischen Psychopathie im Kindesalter“ durch H. Asperger (1944). Er beschrieb eine nosologische Gruppe abnormer Kinder mit schizoider Temperamentsanlage. Nach seiner Beschreibung fielen die Kinder ab dem dritten Lebensjahr durch eine besondere Wesensart auf: Ihr Denken überschreite kindliche Interessen, den Kindern fehle das Kindhafte. Sie läsen viel, blieben lieber für sich und zeigten wenige Gefühlsregungen. Dazu seien sie einerseits oft besonders begabt, andererseits im praktischen Leben sehr ungeschickt. Sie könnten sich nicht in Gruppen einordnen und nicht mit anderen Kindern spielen.

L. Kanner (1943) beschrieb ein verwandtes Syndrom, den frühkindlichen Autismus. Hier fielen fehlende Kontaktaufnahme, zwanghafte Spielgewohnheiten und Eigentümlichkeiten in der Sprachentwicklung bereits ab dem Säuglingsalter auf, und die Kinder blieben auch im Verlauf sozial isoliert und meist unfähig, geringen sozialen Anforderungen zu genügen.

Nach den internationalen Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-IV werden diese beiden Prägnanztypen des Autismus zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen gezählt. Gemeinsam sind ihnen als Grundsymptome des Autismus qualitative Beeinträchtigungen von Kommunikation und sozialer Interaktion sowie repetitives, stereotypes Verhalten. Beim Asperger-Syndrom sind, anders als beim frühkindlichen Autismus, laut ICD-Definition Sprachentwicklung und intellektuelle Entwicklung nicht verzögert. In der klinischen Praxis werden allerdings Fragen nach Verzögerung der Sprachentwicklung auch von Menschen mit Asperger-Syndrom häufig von Betroffenen und Angehörigen bejaht: Zum Teil sprechen Kinder lange gar nicht, verfügen dann aber sofort über einen großen Wortschatz. Zudem unterscheidet sich das Asperger-Syndrom vom frühkindlichen Autismus durch das spätere Erstmanifestationsalter mit einer oft unauffälligen Entwicklung bis zum vierten Le-

bensjahr. Die Defizite sind meist weniger stark ausgeprägt, und die beim frühkindlichen Autismus oft assoziierte Intelligenzminderung fehlt.

Im aktuell diskutierten DSM-V sollen die Begriffe „frühkindlicher Autismus“, „atypischer Autismus“ und „Asperger-Syndrom“ zugunsten des Begriffs „Autismus-Spektrum-Störung“ aufgegeben werden. Der Grund dafür ist der, dass die Begriffe nicht trennscharf sind und es z. B. für einen erwachsenen Menschen mit hochfunktionalem Autismus, guter Sprachentwicklung und hohem IQ wenig bedeutsam ist, ob er vor oder nach dem 3. Lebensjahr das Sprechen erlernt hatte. Insofern sind diese Bestrebungen gut nachzuvollziehen.

Für das vorliegende Manual soll daher an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich betont werden, dass es sich nicht nur an Menschen mit der kriteriengerechten Diagnose eines Asperger-Syndroms wendet, sondern in erster Linie an Menschen mit hochfunktionalen Autismus-Spektrum-Störungen. Die hohe Funktionalität, d. h. der gute Spracherwerb, der normale bis hohe IQ und das Verfügen über kommunikative Basisfertigkeiten sind dabei für die Therapie wichtiger als die Frage, ob das klinische Bild nach Definitionskriterien als frühkindlicher oder atypischer Autismus oder als Asperger-Syndrom zu klassifizieren ist. Wir haben für das Manual dennoch am Leitbegriff des Asperger-Syndroms festgehalten, weil nach unserer Wahrnehmung dieser Begriff sowohl in Laienkreisen als auch bei Ärzten und Psychotherapeuten wie bei vielen Betroffenen noch besser etabliert ist und daher das hier Gemeinte pragmatisch benennt.

1.2 Klinische Symptomatik

Kernsymptome des Asperger-Syndroms sind die Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion, der Kommunikation sowie begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten.

Verkürzt werden diese Symptome oft als defizitäre soziale Wahrnehmung, soziale Kompetenz

oder soziale Kognition angesprochen. Im Kontext von Studien oder englischsprachigen Publikationen wird auch der Begriff „social skills“ verwendet. Leider gibt es bisher in der Literatur zum Autismus-Spektrum nur wenige Definitionsversuche darüber, was darunter genau zu verstehen ist, zumal sich soziale Fertigkeiten aus verschiedenen Teilleistungen mit unterschiedlicher Komplexität zusammensetzen (siehe hierzu Rao, Beidel & Murray, 2008, S. 358). Bei einem ersten Unterteilungsversuch lassen sich zumindest basale von komplexen Fertigkeiten unterscheiden.

Obwohl eine veränderte Wahrnehmung bisher keinen Eingang in die Diagnosekriterien gefunden hat, erachten wir diesen Bereich als weiteren wichtigen Aspekt, der häufiger zu Schwierigkeiten führt (siehe hierzu auch Arbeitsblatt 7/1). Übersensibilität in verschiedenen Modalitäten (v. a. Hören, Riechen, Tastsinn) führt zu Schwierigkeiten, z. B. fällt es vielen Betroffenen schwer, sich in Gruppen zu konzentrieren, wenn mehrere Gespräche gleichzeitig geführt werden oder der Lärmpegel hoch ist. Wenn es Schwierigkeiten gibt, bestimmte Stoffe zu tragen, kann es sein, dass Kleidung über Jahre getragen wird, wenn sie sich gut auf der Haut anfühlt, obwohl sie aufgrund des Alters schon ausgetauscht werden sollte, es jedoch dafür keinen adäquaten Ersatz gibt.

Basale Fertigkeiten (Blickkontakt, Mimik, Gestik, Körperhaltung, Prosodie) sind notwendig, jedoch nicht hinreichend, um erfolgreich bei sozialen Interaktionen zu sein. *Komplexe*, darauf aufbauende Fähigkeiten sind z. B. ein aktives Wissen darüber, wie man Gespräche unterschiedlichen Inhalts beginnt, aufrechterhält und beendet. Dabei hängt ein Gelingen sowohl von der Fähigkeit ab, einen *Perspektivenwechsel* vollziehen zu können (Theory of Mind, ToM, Gedanken und Absichten des anderen erkennen), als auch von der Emotionserkennung aus unterschiedlichsten Quellen (Gesicht, Körperhaltung, Prosodie, Kontext etc.). Ein weiterer wichtiger Faktor ist die *Flexibilität* während einer Interaktion. So ist es essentiell, im Gespräch einen Themenwechsel zu bemerken oder unvorbereitet auf Fragen antworten zu können, zu verhandeln oder auch zu widersprechen.

Auch die *Analyse von Informationen* im Hinblick auf inhaltliche Relevanz, Ironie oder das Erkennen von Informationen, die „zwischen den Zeilen“ gesendet werden, sind von großer Bedeutung. Unterschiedliche Fertigkeiten werden benötigt, je nach-

dem, ob von anderen Personen gesendete Informationen entschlüsselt werden müssen (*Dekodierung*) oder eigene Emotionen, Gedanken, Absichten etc. dem Interaktionspartner verständlich gemacht werden müssen (*Kodierung*).

Im Gegensatz zur Präsentation im Kindesalter können im Erwachsenenalter manche Symptome zurücktreten. So werden oft Blickkontakt, eine gewisse Modulation der Stimme oder die Fähigkeit zum „Small Talk“ erlernt. Viele der oben genannten krankheitsimmanenten Schwierigkeiten bei der Interaktion und Kommunikation, die im Leben erwachsener Menschen zunehmend relevant werden, können durch kognitive Reflexion und das Einüben von Kompensationsstrategien reduziert werden: Z. B. kann es erlernt werden, Telefonate zu führen und dabei zu wissen, wann geantwortet werden muss. Auch Floskeln in Besprechungen werden zunehmend als solche erkannt und nicht mehr wörtlich genommen (wie z. B. die ein Gespräch abschließende Bemerkung, ob jemand noch etwas zu sagen habe, die für einen Menschen mit Asperger-Syndrom oft nicht zu beantworten ist, da er aus seiner Sicht nie wissen kann, ob jemand im Raum noch etwas zu sagen hat). Nach solchen Situationen befragt, werden dennoch viele Betroffene über Schwierigkeiten oder Unbehagen berichten oder darüber, dass sie unangenehme Situationen weiterhin, wenn möglich, meiden.

Dementsprechend berichten Menschen mit Asperger-Syndrom häufig, eher wenige Kontakte zu pflegen, sich in Gruppen unwohl zu fühlen und übliche Freizeitaktivitäten zu meiden. In stärker ausgeprägter Form kann ihr Verhalten beim Gegenüber das Gefühl von Fremdheit und Distanziertheit auslösen. Fehlender Blickkontakt und die zum Teil auffällige Prosodie stören hier die Kontaktaufnahme und Kommunikation mit nicht-betroffenen Menschen oft erheblich.

Meist liegt dies nicht daran, dass die Betroffenen zu anderen Menschen keinen Kontakt aufnehmen wollen. Viele leiden sehr unter ihrer Isolation, jedoch sind sie oft nicht in der Lage, die ungeschriebenen Regeln des sozialen Miteinanders zu verstehen und entsprechend zu handeln. Das kann dazu führen, dass soziale Normen und Konventionen (unabsichtlich) missachtet oder gar nicht bemerkt werden.

Dies heißt aber nicht, dass Menschen mit Asperger-Syndrom immer daran zu erkennen sind, dass

Tabelle 1: Soziale Fertigkeiten der Kommunikation bzw. Interaktion und damit verbundene Probleme, ein Überblick modifiziert nach DSM-IV

Basal	
Blickkontakt	Ist häufig auffällig, da Personen mit Asperger-Syndrom Blickkontakt primär vermeiden, kann jedoch auch überkompensiert sein, so dass es eher wie Starren anmutet. Zum Teil wird der Blickkontakt jedoch so gut gelernt, dass er unauffällig wirkt.
Mimik	Häufig eingeschränkte, eher flache bis gar keine Mimik. Teilweise auch „Grimassieren“.
Gestik	Eingeschränkte oder keine Gestik.
Körperhaltung	Gelegentlich steife, ungelenke Bewegungen oder überagile, dynamische Körpersprache.
Prosodie	Zum Teil sehr flache Sprachmelodie ohne Emotionen. Teilweise der Situation unangemessene Stimme, d. h. zu laut oder zu leise.
Komplex	
Theory of Mind (ToM)	Das Erkennen von Gedanken und Absichten anderer aus verschiedenen Informationsquellen (Mimik, Gestik, Sprache etc.) ist eingeschränkt, v. a. besteht die Schwierigkeit mehrere Aspekte gleichzeitig/parallel zu beachten. Die Fähigkeit, sich in eine andere Person hineinzuversetzen (Perspektivenwechsel), fällt z. T. schwer oder bereitet große Mühe.
Flexibilität bei der Interaktion	Flexibel bei einer Interaktion auf Themenwechsel, Veränderung durch andere äußere Einflüsse o. Ä. zu reagieren, fällt schwer. Unvorbereitet in eine Interaktion zu treten, ist schwierig und kann überfordernd sein. Z. T. müssen Gespräche vorgeplant werden, und da häufig Unsicherheit bei der Interpretation von Gesagtem während der Interaktion besteht, wird versucht, viele alternative Interpretationen parallel zu berücksichtigen. Dies führt zu Überforderung und Schwierigkeiten, dem Gespräch adäquat folgen zu können.
Analyse von Informationen	Probleme beim Erkennen der Relevanz des Inhalts oder von Ironie, so dass keine adäquate Reaktion möglich ist.
Informationsrichtung	Das Entschlüsseln von Informationen anderer (Enkodierung) oder die Zuhilfenahme der basalen Fertigkeiten zur verständlichen Übertragung der eigenen Information (Kodierung) ist häufig erschwert oder problematisch.

sie keinen Kontakt aufnehmen. Manche sprechen sogar besonders viel, insbesondere über ihre Interessen, kommunizieren dabei aber nicht im eigentlichen Sinn, da sie weder situative Angemessenheit noch die Reaktionen oder das Interesse ihres Gegenübers berücksichtigen („narrativer Autismus“). Die Konzentration auf die semantische Bedeutung des Gesprochenen, das Fehlen von pragmatischen und nonverbalen Aspekten von Sprache und das häufig enorme lexikalische Wissen führen in Kombination mit den weitschweifigen Ausführungen oft zu Kommunikationsabbrüchen.

Oft persistieren auch die stereotypen Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten mit rigidem Haften am Gewohnten, Ritualen im Alltag sowie zwangsähnlichen Verhaltensweisen. Dabei handelt es sich weniger um phänomenologisch typische Zwänge als vielmehr um nicht von Affekten begleitete Rituale und Stereotypen. Der Widerstand gegen Veränderung äußert sich häufig in Veränderungsangst (häufig in Verbindung mit somatischen Beschwerden wie Übelkeit, Reizdarmsymptomen und Infektanfälligkeit), aber auch in Eigensinn, fanatischem Festhalten an eigenen Meinungen,

Unbeeinflussbarkeit und sogar Gereiztheit und Aggressivität. Phänomenologisch erscheint das Asperger-Syndrom dann oft als querulatorische, exzentrische oder fanatische Persönlichkeitsakzentuierung, bei der die Konzentration auf singuläre Daseinsaspekte ganz im Vordergrund steht.

Das Interesse der Menschen mit Asperger-Syndrom beschränkt sich häufig auf einzelne wenige Bereiche (z. B. Sammeln, Musik), die dann das Leben aber auch vollständig ausfüllen und alle anderen Aktivitäten, auch die Teilnahme am alltäglichen Leben, beeinträchtigen können. Andererseits können sie innerhalb dieser Sonderinteressen auch außergewöhnliche Begabungen (z. B. im Bereich des Langzeitgedächtnisses oder bei mathematischen, naturwissenschaftlichen oder informatischen Fähigkeiten) entwickeln und über diesen Weg auch beruflich durchaus erfolgreich sein, wenn diese Ressourcen genützt werden können.

Die Betroffenen selbst leiden unter diesen Grundsymptomen oft nicht, suchen psychiatrische Hilfe aber dann, wenn durch die Symptome Schwierigkeiten z. B. im Beruf auftreten oder sie durch äußere Umstände (z. B. falsche Berufswahl) zur Aufgabe von Gewohnheiten oder Teilnahme am sozialen Leben mit dann vorprogrammierten Konflikten gezwungen werden. Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung entstehen typischerweise auch dadurch, dass die Patienten Wichtiges und Unwichtiges nicht trennen, sich in der Betrachtung oder Planung von Einzelheiten oder im Durchdenken unendlicher Alternativen verlieren, ohne handeln zu können. Ängste mit Panikattacken, Erregungszustände oder Depressivität sind dann häufige Folgen. Auch oft als psychotisch fehlgedeutete Episoden können persistieren mit dem Gefühl, andere könnten oder müssten eigene Gedanken kennen (als Fehlinterpretation sozialer Interaktionen). Ferner ist häufig eine ausgesprochene Geräusch- und Berührungsempfindlichkeit mit Angst und Erregung zu beobachten, die als (Pseudo-)Halluzinationen, Wahrnehmungsanomalien, Beeinträchtigungs-ideen oder Coenästhesien fehlgedeutet werden können.

Die mit dem Asperger-Syndrom und anderen Autismus-Spektrum-Störungen verbundenen Besonderheiten in der Wahrnehmung, im Denken, im Erleben und im Verhalten führen regelmäßig dazu, dass sich die Betroffenen schon von frühester Kindheit an als „anders als die anderen“ erleben. Dieses Gefühl des „Anders-Seins“ zieht sich häufig

wie ein roter Faden durch das Leben betroffener Menschen. Besonders dann, wenn die Eltern von dem Eigenschaftscluster der Autismus-Spektrum-Störungen selber nicht betroffen sind, werden die betroffenen Kinder auch von den Eltern oft sehr klar als „anders als die anderen“ oder als „anders als die Geschwister“ wahrgenommen und beschrieben. Dieses Anders-Sein ist häufig mit großen Problemen in Hinblick auf die Akzeptanz des So-Seins durch die Eltern und später auch durch wichtige dritte Personen oder auch die Betroffenen selbst (geringe Selbstakzeptanz) verbunden. Diese Punkte sind zwar nicht pathognomonisch, aber sie können nicht nur therapeutisch wichtig sein, sondern auch bei der Diagnose des Asperger-Syndroms eine wichtige Rolle spielen.

1.2.1 Verlauf der klinischen Symptomatik

Definitionsgemäß beginnt das Asperger-Syndrom im Kindesalter und bleibt auch im Erwachsenenalter bestehen. Die Kernsymptome zeigen zwar eine entwicklungspsychologische Variabilität, d. h. sie ändern sich entsprechend des Lebensalters, sie persistieren aber qualitativ unverändert. Quantitativ können sich die Symptomausprägungen durchaus ändern, so sind graduelle Verbesserungen des Sozialverhaltens und der Alltagskompetenz genauso möglich wie vermehrte funktionelle Beeinträchtigungen im Erwachsenenalter.

Die Auswirkungen auf das tägliche Leben werden besonders im Erwachsenenalter nicht nur durch die Symptome bestimmt, sondern auch durch die vorhandenen, eventuell kompensierenden Ressourcen, wie kognitive und sprachliche Fähigkeiten oder auch Spezialbegabungen. Auch die soziale Umgebung kann mit den kommunikativen Defiziten mehr oder weniger kompatibel sein. Das soziale Umfeld bestimmt häufig, ob Defizite einerseits Krankheitswert für die Betroffenen erlangen oder ob sie – ähnlich wie Symptome einer Persönlichkeitsstörung – für die Umgebung nicht mehr tolerabel sind. Bei guter Adaptation bedarf nicht jede Person mit Asperger-Syndrom einer Behandlung.

1.3 Epidemiologie

Die Prävalenz aller tiefgreifenden Entwicklungsstörungen wird auf 0,6 bis 0,7 % geschätzt, die des Asperger-Syndroms auf 0,02 bis 0,04 %, die des

frühkindlichen Autismus auf 0,1 bis 0,2 % (Remschmidt & Kamp-Becker, 2006). Manche Quellen wie der 2010 erschienene Report des nordamerikanischen Center for Disease Control geben die Häufigkeit des Asperger-Syndroms allerdings mit etwa 1 % der Bevölkerung an, schließen dabei aber auch Spektrum-Erkrankungen ein, die die Diagnosekriterien nicht vollständig erfüllen (Bölte, 2009; Center for Disease Control and Prevention, 2010; Brugha et al., 2011). Männer sind häufiger betroffen als Frauen (Geschlechtsverhältnis Männer zu Frauen ca. 8 : 1). Möglicherweise könnte das auch damit zusammenhängen, dass Frauen die Defizite in Kommunikation und Interaktion besser kompensieren können und daher die Diagnosestellung zum Teil schwieriger ist.

Neueste populationsbasierte epidemiologische Untersuchungen finden sogar eine Prävalenz von insgesamt 2,64 %, wobei in Förderschulen eine Häufigkeit von 0,75 % und in Regelschulen eine Prävalenz von 1,89 % festgestellt wurde (Kim et al., 2011). Insbesondere letztere waren aber nicht im medizinischen System vorstellig geworden. Diese interessante Beobachtung illustriert anschaulich eine gesellschaftliche Entwicklung der letzten Jahre, in deren Kontext es aufgrund vermehrter Aufklärung zu Autismus-Spektrum-Störungen zu vermehrten Diagnosen auch leichterer Formen kommt. Dies ist von Bedeutung insbesondere für die Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie, weil viele dieser leichter betroffenen Menschen sich erst spät vorstellen und dann meist nicht wegen der eigentlich autistischen Symptomatik, sondern wegen sekundärer psychiatrischer Syndrome wie Depressionen, Angsterkrankungen, Zwangsphänomenen, emotionaler Instabilität o. Ä. (Hofvander et al., 2007).

1.4 Ätiologie und Pathogenese

Das Asperger-Syndrom ist eine neurobiologisch begründbare Erkrankung. Soziale und psychologische Faktoren werden nicht als ursächlich für die Entstehung der Kernsymptomatik angesehen. Sie spielen aber wahrscheinlich eine Rolle bei der psychosozialen Entwicklung und der phänomenologischen Ausgestaltung der Symptomatik.

Genetische Faktoren sind zumindest für eine große Untergruppe der Betroffenen wahrscheinlich von großer Bedeutung, da das Syndrom familiär gehäuft auftritt mit erhöhter Konkordanz bei monozygoten

Zwillingen und erhöhtem Risiko bei Geschwistern (Klauck, 2009). Molekulargenetische Theorien fehlen, sieht man davon ab, dass postuliert wird, dass sich bis zu 20 Gene an der Entwicklung eines Asperger-Syndroms beteiligen sollen.

Strukturelle zerebrale Besonderheiten wurden immer wieder berichtet, sind jedoch zum Teil widersprüchlich. Bildgebende Untersuchungen fanden, dass bei der Geburt das Hirnvolumen durchschnittlich oder aber verringert sei. In den ersten zwei bis vier Lebensjahren scheint es dann zu einem auffälligen Wachstum des Gehirns zu kommen, welches nach dieser Zeit abrupt abnimmt oder zum Stillstand kommt. Das Hirnvolumen bei Jugendlichen und Erwachsenen unterscheidet sich dann nicht mehr von Menschen ohne Asperger-Syndrom (Redcay & Courchesne, 2005).

Trotz häufig vergrößertem Gesamthirnvolumen können in manchen Stichproben die Volumina einzelner Regionen im Mittel verringert sein mit weniger Neuronen und reduzierten dendritischen Verzweigungen. Als auffällige Regionen werden immer wieder die Amygdala, das Corpus Callosum oder auch das Cerebellum genannt (Bauman & Kemper, 2005; Palmen, van Engeland, Hof & Schmitz, 2004; Stanfield et al., 2008). Eine differenziertere Analyse findet sich beispielsweise bei Bölte (2009).

Postmortem-Untersuchungen des Gehirns deuten Zellmigrationsfehler (Bailey et al., 1998) und eine verringerte dendritische Verzweigung (Blatt et al., 2001) an. Vor allem im frontalen und temporalen Kortex lässt sich eine ungewöhnliche Genese der kortikalen Minikolumnen (kleinste funktionelle Einheiten des Gehirns) feststellen, wobei die neuronalen Säulen dichter gepackt, kleiner und zahlreicher, die Zellen jedoch mehr verstreut sind (Penn, 2006). Die auffälligen Veränderungen in den kortikalen Säulen scheinen von frontal nach parietal abzunehmen (Redcay & Courchesne, 2005).

Empirische Befunde beim Asperger-Syndrom, insbesondere bei Erwachsenen, reichen aber nicht aus, um daraus ein konsistentes Muster abzuleiten oder zu beantworten, ob veränderte Gehirnstrukturen am Beginn oder am Ende der pathophysiologischen Entwicklung stehen. Gleiches gilt für biochemische Anomalien, v. a. die immer wieder postulierte Hyperserotoninämie bei allen autistischen Störungen (eine detaillierte Auflistung möglicher Ursachen findet sich z. B. in Bölte, 2009, S. 87 ff.).

Entsprechend sind die aktuell diskutierten Konstrukte zu den neuropsychologischen Defiziten auch nicht in der Neurobiologie verankert, sondern können die Pathophysiologie nur auf der Ebene der

psychologischen Korrelate beschreiben. Mehrere Modelle, die sich in ihrer Erklärungspotenz ergänzen und sich gegenseitig nicht zwingend ausschließen, werden aktuell diskutiert.

EXKURS: Empathie und Empathiedefizite: Sind autistische und neurotypische Menschen gleichermaßen betroffen?

Der Begriff *Empathie* ist nicht nur in Fachkreisen, sondern auch in den populärwissenschaftlichen Medien in aller Munde. Dementsprechend unscharf und vielgestaltig sind gelegentlich die Konzepte, die sich hinter diesem Begriff verbergen können.

Auch über die Herkunft des Begriffs besteht keine Einigkeit. Einige Quellen behaupten, der deutsche Philosoph Rudolf Hermann Lotze (1817–1881) habe ihn eingeführt und sich dabei an dem griechischen Wort „*empathia*“ (Leidenschaft: „*en*“=ein und „*pathos*“=Gefühl) orientiert (vgl. Etymonline.com). Nach anderen differenzierteren Quellen wurde der Begriff „*empathy*“ von dem Psychologen Edward Titchener (1867–1927) 1909 als Übersetzung des deutschen Begriffs „*Einfühlung*“ eingeführt (vgl. plato.stanford.edu). Der Fachbegriff *Einfühlung* meinte dabei eine bestimmte Kategorie der philosophischen Ästhetik, die aber rasch in Vergessenheit geriet. Später wurde dann der englische Begriff „*empathy*“ in das deutsche Wort *Empathie* rückübersetzt.

Entscheidend für die heutige Bedeutung des Empathiebegriffs waren die Arbeiten von Theodor Lipps (1851–1914; Montag et al., 2008). Lipps lehrte Philosophie an der Universität Bonn und entwickelte den Empathiebegriff als Fachbegriff, der die Fähigkeit von Menschen beschreibt, die mentalen Zustände anderer zu verstehen (*Einfühlung*). Lipps dachte dabei über das Problem des Wissens über andere „*Ichs*“ nach und entwickelte in diesem Zusammenhang die Theorie einer „*inneren Imitation*“, um Erkenntnisse über die mentalen Zustände anderer zu erklären (Lipps, 1903).

In der populärwissenschaftlichen Gegenwartsliteratur wie in Fachartikeln bleibt der Begriff auch heute noch leider oft vage und schlecht operationalisiert. Meist wird unter Empathie die Fähigkeit von Menschen oder anderen höheren Lebewesen verstanden, die Gedanken, Absichten, Gefühle und Handlungsimpulse anderer Lebewesen zu erkennen und in Analogie zu dem wahrgenommenen mentalen Zustand des anderen Lebewesens zu empfinden (Davis, 1996). Der erste Aspekt, d. h. die Fähigkeit, Gedanken, Absichten, Gefühle und Handlungsimpulse anderer Lebewesen zu erkennen, wird dabei auch als *kognitive Empathie* bezeichnet. Der weiter unten verwendete Begriff der *Theory of Mind* meint dasselbe wie der der kognitiven Empathie. Der letztere Aspekt, d. h. auch emotional in Analogie zu den beobachteten Lebewesen zu empfinden, wird als *emotionale Empathie* bezeichnet. Dieser Begriff ist inhaltlich eng verwandt mit alltagsprachlichen Begriffen wie *Mitleid* und *Mitgefühl*. Das Beispiel der frierenden Putte aus dem Potsdamer Schloss zeigt, dass sich eine *emotionale Empathie* nicht nur auf belebte, sondern auch auf unbelebte Objekte beziehen kann (vgl. Abbildung 1).

Gerade autistischen Menschen wird oft diese Fähigkeit zum Mitleid und Mitgefühl abgesprochen. Nach unserem klinischen Eindruck ist es dagegen so, dass Menschen mit Autismus-Spektrums-Störungen oft Mitgefühl für andere aufweisen und ein manchmal fast schon übersteigertes Gerechtigkeitsgefühl auch im Einsatz für andere an den Tag legen können. Dennoch gehören Schwierigkeiten, „andere zu lesen“ und die mentalen Zustände, Absichten und Gefühle anderer zu verstehen, zu den Kerneigenschaften von autistischen Menschen.

Dieser scheinbare Widerspruch kann dadurch erklärt werden, dass diese beiden Dimensionen der Empathie, d. h. die kognitive und emotionale Empathie nicht, wie intuitiv oft angenommen, zusammenfallen. Gerade für Menschen mit Asperger-Syndrom konnte gezeigt werden, dass die kognitive Empathie (das intuitive Erkennen der Gedanken, Gefühle und Absichten anderer) gestört ist, während sich die emotionale Empathie (Mitgefühl und Mitleiden erkannter Zustände) nicht von Menschen mit typischer Entwicklung unterschied (Dziobek et al., 2008).