

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNG (ASS) (1)

Teil 1: Definition – Klassifikation – Beschwerdebild – diagnostische Kriterien – Probleme im Alltag – Ursachen – Komorbidität – Therapie

Autismus – ein seelisches Leiden, das schon in Kindheit und Jugend mit spezifischen Eigenheiten und Symptomen beginnt, das ganze Leben andauert und auch dem Umfeld viel Nachsicht und Verständnis abverlangt. Was muss man wissen, um die zwischenmenschlichen, d. h. familiären, partnerschaftlichen, nachbarschaftlichen, beruflichen etc. Probleme und Konflikte zu mildern? Welche Besonderheiten, die für alle zum selbstverständlichen Alltag gehören, nicht aber für Autisten, gilt es zu akzeptieren. Wo liegen die häufigsten Defizite in der alltäglichen Kommunikation, nicht nur was Sprache, sondern auch Gestik, Mimik und überhaupt jegliche situativen zwischenmenschlichen Kontakte anbelangt. Wo drohen besondere, für den Betroffenen ggf. folgenschwere gesellschaftliche Irrtümer? Und was empfehlen die Experten im diagnostischen und therapeutischen Bereich, am besten natürlich in vorbeugender Hinsicht. Dazu eine kurz gefasste Übersicht aus Experten-Kreisen.

Erwähnte Fachbegriffe:

Autismus – Autismus-Spektrum-Störung (ASS) – autistisches Kern-Syndrom – autistisches Beschwerdebild – autistische Kommunikations-Probleme – autistische Interaktions-Probleme – autistische Sozialkontakte – autistische Konversations-Probleme – autistische Probleme im non-verbale kommunikativen Verhalten – autistische Beziehungs-Probleme – autistisches stereotypisches Verhalten – autistisches repetitives Verhalten – autistische Bewegungs-Stereotypien – autistische Echolalie – autistische Ritualisierungen – autistische Planung – autistische Interessen – autistische Reiz-Verarbeitung – autis-

tische Reaktionen – diagnostische Kern-Kriterien des Autismus – diagnostische Probleme beim Autismus – Ursachen der Autismus-Spektrum-Störung – Komorbidität bei Autismus-Spektrum-Störung – Autismus und Borderline-Persönlichkeitsstörung – Strukturdiagnosen bei Autismus – Problemdiagnosen beim Autismus – Zustandsdiagnosen beim Autismus – autistische Züge – Therapie des Autismus – u. a. m.

Es gibt ein Krankheitsbild, das schon in Kindheit und Jugend belastet und sogar das Umfeld irritiert, jedoch erst relativ spät wissenschaftlich konkret und für die Betroffenen konstruktiv weiterführend beforscht wurde: gemeint ist der Autismus (vom Griech.: autos = für sich), allgemein als Störung der Wahrnehmung und Informationsverarbeitung bekannt, mit allen Alltags-Problemen bezüglich Verhalten, Kommunikation und Interaktion, wie es kurz gefasst heißt.

Autistische Störungen wurden allerdings schon ab Mitte des 19. Jahrhunderts von verschiedenen Psychiater/innen wie Eugen Bleuler, Leo Kanner, Hans Asperger, Grunja Jefimowna Sucharewa u. a. untersucht und beschrieben – weltweit. Dabei gibt es verschiedene (Forschungs- bzw. Interessen-)Schwerpunkte, doch stimmen alle, zumindest alle der erwähnten und später tonangebenden Wissenschaftler weitgehend überein, was die einzelnen Symptome (Krankheitszeichen) bzw. das autistische Syndrom (Beschwerdebild gesamthaft) betrifft. Oder kurz: Die autistischen Kern-Symptome sind zumindest ähnlich, was jetzt die Zusammenfassung und Wissens-Vermittlung (s. u.) erleichtert.

Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht in Anlehnung an die Fachartikel von Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Freiburg in den Fachzeitschriften Fortschritte Neurologie Psychiatrie 87 (2019) 381 sowie NeuroTransmitter 30 (2019) 38. Im Einzelnen:

Definition und Klassifikation

Nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen - ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird das autistische Kern-Syndrom durch drei Symptom-Komplexe definiert: 1. Defizite der sozialen Kognition (vom Lat.: cognoscere = erkennen), 2. Defizite der Kommunikation (vom Lat.: communicare = gemeinsam tun, besprechen) und 3. was bestimmte Sonder-Interessen, Routinen und Spezial-Begabungen anbelangt.

Im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen - DSM-5[®] der US-amerikanischen Vereinigung (APA) werden die ersten beiden Symptom-Komplexe zusammengefasst zum so genannten A-Kriterium (Defizite der so-

zialen Kognition und Kommunikation) und zum B-Kriterium (eingeeengte Interessen, Besonderheiten der Wahrnehmung und damit bestimmter Verhaltensweisen, vor allem gegenüber äußeren Reizen und eingefahrenen Gewohnheiten).

Die Unterschiede zwischen ICD-10 und DSM-5[®] werden wohl demnächst geringer, zumal sich Letzteres eher durchsetzen dürfte. Das End-Ergebnis ist der Kompromiss einer *Autismus-Spektrum-Störung (ASS)* mit konkreten Symptomen zur Erhärtung der Diagnose.

Beschwerdebild des autistischen Syndroms

Bei der Symptomatik des autistischen Syndroms unterscheidet man inzwischen mehrere Bereiche mit entsprechenden Differenzierungen. Beispiele in Fachbegriffen (allgemein-verständliche Erläuterungen durch diesen Beitrag):

A. Andauernde Defizite der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion (Wechselbeziehung, wechselseitige Beeinflussung) in allen Kontexten (umgebenden Zusammenhängen), die nicht durch generelle Entwicklungsverzögerungen erklärt werden und sich in folgenden Bereichen äußern:

1. Defizite der sozial-emotionalen (gemütsmäßigen) Gegenseitigkeit. Beispiele: Schwierigkeiten, Sozialkontakte aufzunehmen, eine Small-Talk-Konversation (also ein belangloses Gespräch) zu führen, auf emotionale (gemütsmäßige) Reize angemessen zu reagieren etc.
2. Defizite im non-verbale kommunikativen Verhalten (d. h. rein Mimik und Gestik und ohne sprachliche Kontakte) in der sozialen Interaktion (d. h. des Alltags). Beispiele: Probleme mit Blick-Kontakt, Mimik, Gestik, situativen zwischenmenschlichen Kontakten u. a.
3. Defizite beim Eingehen und Aufrechterhalten von Beziehungen, vor allem was den eigenen Entwicklungsstand betrifft, den man im Allgemeinen voraussetzen könnte. Dies weniger zu nahen Bezugspersonen, mehr zum weiteren täglichen Umfeld, d. h. Mitschüler, Freunde, später Kollegen u. a. Oder kurz: Die Schwierigkeit Beziehungen aufzubauen und dann auch zu halten.

B. Restriktive (einschränkende), repetitive (sich wiederholende) Verhaltens-, Interessen- oder Aktivitätsmuster, die sich in wenigstens zwei der folgenden Bereiche äußern:

1. Stereotypes oder repetitives (d. h. sich auf auffällig bis krankhaft in Form und Zahl wiederholendes) Sprechen, Bewegen oder Gebrauchen von Ob-

jekten. Beispiele: einfache motorische (Bewegungs-)Stereotypien, Echolalie (zwanghaftes Wiederholen von Wörtern oder Sätzen anderer in wörtlicher oder leicht abgewandelter Form), repetitiver (sich immer wiederholender) Gebrauch von Objekten oder so genannte idiosynkratischen Phrasen (mehr oder weniger inhaltslose und vor allem auf sich selbst bezogenen Redewendungen, mit denen man sich versucht, von anderen abzugrenzen).

2. Exzessives (übermäßig ausgeprägtes) Festhalten an Routinen (gewohnheitsmäßigen Handlungen), ritualisiertes (nach bestimmten Regeln festgelegtes, vor allem festsitzendes) Festhalten an Gewohnheiten; ferner ritualisierte Muster verbalen (wortgebundenen) oder nonverbalen (also nicht auf Worte festgelegten) Verhaltens oder exzessiver (übermäßiger, hier sogar fast zwanghafter) Widerstand gegen Veränderungen jeglicher Art. Beispiele: immer die gleiche Wegstrecke, das gleiche Essen, die gleichen Fragen, wobei selbst kleine Änderungen den größten Stress entfachen. Deshalb auch detailliertes Vorausplanen von alltäglichen Aufgaben sowie rigides (starres) Festhalten an immer gleichen Tages-Abläufen etc.
 3. Hochgradig eingegrenzte, ja fixierte (fast zwanghaft gebundene) Interessen, die dem Umfeld als unnormal in Hinblick auf Intensität oder Thema auffallen. Beispiele: starke Bindung an oder Beschäftigung mit ungewöhnlichen Objekten, exzessive eingeeengte oder perseverierende (beharrlich nach- und weiterwirkende) Interessen usf.
 4. Hyper- oder Hypo-Reaktivität (also zu viel oder zu wenig an Aktivität) auf sensorische Reize (Sehen, Hören, Schmecken, Fühlen) oder ungewöhnliches Interesse an sensorischen Aspekten der Umgebung. Beispiele: offensichtliche Unempfindlichkeit gegenüber Schmerz, Hitze oder Kälte, aber auch ausgeprägt überempfindliche Reaktionen auf spezifische Geräusche, Musikstücke, Bilder etc.; ferner exzessives Riechen oder Berühren von Objekten, Faszination durch Lichter oder sich bewegende Objekte u. a. m.
- C. *Die Symptome (Krankheitszeichen) müssen seit früher Kindheit vorhanden sein (können aber erst dann offensichtlich werden, wenn soziale Anforderungen die Kompensationsmöglichkeiten überschreiten).*
- D. *Die Symptome begrenzen und beeinträchtigen insgesamt das alltägliche Funktionieren.*
- E. *Die Symptome können nicht besser durch andere Krankheiten oder durch eine Intelligenzminderung erklärt werden.*

Nachfolgend noch einmal eine eher alltags-bezogene Darstellung entsprechender Störungen:

Diagnostische Kern-Kriterien der Autismus-Spektrum-Störungen*

- *Störungen der sozialen Interaktion*: gestörte Perspektive-Übernahme; fehlende oder eingeschränkte sozio-emotionale Gegenseitigkeit; erschwelter Umgang mit informellen Gesprächs-Situationen („Smalltalk“ s. u.).
- *Störungen der Kommunikation*: fehlendes oder eingeschränktes Verständnis für non-verbale Signale durch Mimik, Gestik u. a.; desgleichen für die übertragene Bedeutung verbaler (Sprach-)Kommunikation wie Ironie, Metaphern (bildhafte Ausdrucksweise) etc.; eingeschränkte Verwendung von Blickkontakt und Gestik im zwischenmenschlichen Bereich.
- *Repetitive (sich immer wiederholende), stereotype (immer gleich ablaufende) Verhaltensweisen und Interessen*: ritualisierte Tagesabläufe und Routinen; nutzlos erscheinende Ordnungsvorlieben; auffällige Spezial-Interessen, was Inhalt oder Intensität betrifft.

Spezielle Probleme in der verbalen Kommunikation

- *Sozial-kommunikative Funktion der Sprache (Pragmatik)*: falscher Einsatz von Floskeln (inhaltsleere Redewendungen); zu lange Antwort-Latenzen, d. h. ungewöhnlich langes Nachdenken-müssen, wenn Aussagen, Bemerkungen u. a. nicht richtig verstanden worden sind; Neigung zum Monologisieren (Selbstgespräche) ohne Rücksicht auf den Gesprächspartner etc. Selbst in kleinen Alltags-Gesprächen Schwierigkeiten, den Sinn des Gesprächs zu erfassen; dadurch auch mitunter unpassende Themenwahl etc.
- *Inhaltliche Wortbedeutungen oder sprachliche Wendungen (Semantik)*: wortwörtliches Verständnis sprachlicher Inhalte („Konkretismus“); eingeschränktes oder gar fehlendes Verständnis von Ironie, Witz, Humor und Metaphern (Verbildlichungen, bildhafte Ausdrucksweise) u. a.
- *Sprachmelodie, stimmliche Sprachqualität (Prosodie)*: eingeschränkte Modulation (Tonart-Wechsel), dadurch monotone (eintönig-gleichförmige) oder mechanisch wirkende Sprechweise.

* Fachsprache

Diagnostische Probleme im Alltag

Bei der Autismus-Spektrum-Störung handelt es sich also um eine klinische Diagnose, d. h. die gesamte Erscheinung und den Verlauf einer Erkrankung charakterisierend. Dafür sind inzwischen so genannte S3-Leitlinien veröffentlicht worden, die sowohl für das Kindes- und Jugendalter, als auch das Erwachsenenalter konkrete Empfehlungen zur Diagnose bereithalten.

Das Problem beim Autismus sind dabei nicht nur das fachlich fassbare Beschwerdebild, sondern auch die psychosozialen Konsequenzen im Alltag. Beispiele: Missverständnisse, Konflikte, Beeinträchtigungen, Auseinandersetzungen und damit meist negative, ja schmerzliche und folgenreiche Konsequenzen. Oder kurz: nicht nur die Symptomatik belastet, auch die Reaktion des Umfelds (dem man bei mangelnder Kenntnis des komplexen Leidens jedoch auch nicht immer nur Vorwürfe machen kann).

Ein weiterer Faktor sind die individuellen Kompensations-Möglichkeiten, aber auch -Grenzen des Umfelds. Dabei tun sich Menschen mit guter Beobachtungsgabe und vielleicht sogar Introspektionsfähigkeit (Innenschau) leichter, entsprechende Kompensations-Möglichkeiten für die krankheitsbedingten Probleme der Betroffenen zu entwickeln. Das fördert einerseits die psychosoziale Anpassung im Alltag, und zwar für alle Beteiligten, kann aber auch zu erheblichen Überforderungen und entsprechenden Defiziten in anderen seelischen, körperlichen und psychosozialen Bereichen führen. Außerdem kann eine gute Kompensation autistischer Eigenschaften, sei es vom Betroffenen oder seinem Umfeld, eine zutreffende und gesicherte Diagnose verzögern, wenn nicht gar unmöglich machen. Das ist aber nicht nur von Vorteil, denn es bindet erhebliche Reserven und verhindert dann letztlich doch nicht bestimmte kommunikative Probleme im Alltag, die zwar trotzdem stören oder Nachteile bringen, aber eben nicht als krankhaft erkannt und deshalb auch nicht gezielt therapiert und gemildert werden können. Oder kurz: Toleranz, Duldung, vor allem aber Unwissen sind hier nicht unbedingt von Vorteil.

Man muss allerdings auch eingestehen, dass eine entsprechende, vor allem fach-fundierte Diagnostik sehr zeitaufwendig ist und letztlich den Experten erfordert. Es gibt zwar entsprechende Spezial-Sprechstunden bei dafür ausgewiesenen Fachleuten, doch fallen die Wartezeiten dort noch weit länger aus, als ohnehin im psychiatrischen Bereich hingenommen werden muss.

Das beginnt mit der Erhebung einer differenzierten und ausführlichen Entwicklungs-Anamnese (Vorgeschichte von Kindheit bis zum aktuellen Stand), in der die beschriebenen strukturellen Besonderheiten herausgearbeitet und ihre funktionelle Relevanz (Alltags-Bedeutung) dokumentiert werden. Darüber hinaus gibt es auch so genannte neuro-psychologische Leistungs-Tests, die insbesondere neuro-kognitive Teilleistungs-Defizite aufdecken. Beispiele: Die beeinträchtigte Fähigkeit, Gefühle zu erkennen, Gesichter zu lesen oder auch

nur eigene Gefühle wahrnehmen zu können. Das aber sind ja die Grundlage der Diagnose und die Basis der therapeutischen Linderungs-Versuche.

Häufigkeit

Die Autismus-Spektrum-Störungen finden sich laut einer aktuell geschätzten Prävalenz (Häufigkeit) bei etwa 1 bis 2 % in der Allgemeinbevölkerung. Das besondere Problem: Es handelt sich um ein chronisches Leiden, das von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter anhält (wobei allerdings die individuellen Kompensations-Fähigkeiten und die Möglichkeiten und Grenzen des näheren und weiteren Umfelds mitentscheidend sein dürften).

Das weibliche Geschlecht überwiegt.

Ursachen

Autistische Störungen sind also laut aktueller Definition so genannte tiefgreifende Entwicklungsstörungen. Dabei gibt es in Expertenkreisen natürlich noch Diskussions-Bedarf, was dann auch eine allseits akzeptierte klassifikatorische Zuordnung erschwert.

Ein Überbegriff lautet: „Störungen der neuronalen (Nerven-) und mentalen (geistigen) Entwicklung, zu denen neben den Autismus-Spektrum-Störungen auch so inzwischen gesellschaftlich relevante Krankheiten wie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), die Tic-Störungen, spezifische Lernstörungen und intellektuelle Beeinträchtigungen gehören.

Ihnen allen ist gemeinsam, dass es sich neben den neuro-kognitiven und psychomotorischen Auffälligkeiten (Geist, Seele, Körper) auch um mehr oder weniger lebenszeit-überdauernde persönlichkeits-auffällige Beeinträchtigungen handelt. Und zwar mit allseits belastenden Alltags-Problemen, Konflikten und ggf. ko-morbiden (zusätzlich krankhaften) anderen psychischen Störungen. Beispiele: Depressionen, Angsterkrankungen, Psychosen etc.

Die Ursachen werden teils auf genetischer Ebene gesucht (volkstümlich: Erb-last), wobei aber auch intrauterine Enzephalopathien (z. B. Gehirn-Erkrankungen während der Schwangerschaft im Mutterleib) oder andere Beeinträchtigungen erörtert werden.

Bei der Autismus-Spektrum-Störung dominiert aber wohl die „primär idiopathische“ Seite, d. h. man weiß nicht, woher und warum. Hier dürfte es sich dann um eine so genannte multigenetische familiäre Veranlagung handeln, sprich ähnliche Belastungen bei den Vorfahren (Vater- und Mutter-Seite und auch mitunter erstaunlich weitgefächert daneben und davor). Tatsächlich sind in-

zwischen mehrere hundert Gene (Erbfaktoren) bekannt, die je nach multigenetischer Zusammensetzung so genannte persönlichkeits-strukturelle Folgen haben. Auch hier herrscht noch Forschungs-Bedarf, aber auch zunehmend - Aktivität.

Komorbidität – wenn eine Krankheit zur anderen kommt

Ein bedeutsames Problem der Autismus-Spektrum-Störung liegt nicht nur in ihrer deutlich höheren Zahl als allgemein vermutet (also beispielsweise auch deutlich höher als die so genannten schizophreniformen Störungen - Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie), sondern auch in der erwähnten Ko-Morbidität. So muss man beispielsweise in fast zwei Drittel aller Patienten mit dieser Diagnose zusätzlich auch mit einer oder gar mehreren Persönlichkeitsstörungen rechnen.

In so genannten klinischen Stichproben (also letztlich einer Auslese, die nicht mit der generellen Häufigkeit in der Allgemeinbevölkerung übereinstimmen muss) werden folgende Krankheits-Kombinationen festgestellt: In jedem zweiten Fall so genannte affektive Störungen (also vor allem Depressionen, aber auch manische Hochstimmung). Das Gleiche gilt für Angsterkrankungen. Vier von 10 Patienten mit einer Autismus-Spektrum-Störung haben auch eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Jeder Vierte muss mit einer Zwangsstörung, jeder Fünfte mit einer Tic-Störung rechnen. Das gleichzeitige Zusammentreffen von einer Autismus-Spektrum-Störung mit einer psychotischen Störung findet sich bei 16 %. Die gleiche Häufigkeits-Verteilung gilt auch für Suchterkrankungen.

Das sind - wie erwähnt - so genannte klinische Stichproben. Im Alltag sind diese gemeinsamen Belastungen allerdings niedriger anzusetzen, wenngleich ebenfalls nicht selten, was vor allem depressive Störungen und Angsterkrankungen betrifft.

Autismus-Spektrum-Störungen oder Borderline-Persönlichkeitsstörung?

Ein besonderes Problem ist die Verwechslungs-Gefahr von so genannten Borderline-Persönlichkeitsstörungen und der Autismus-Spektrum-Störung. Da es hier zu besonderen Problemen bzw. mitunter folgenschweren Verwechslungen kommt, eine kurze Differenzierung, was die beiden Leidensbilder angeht:

So weisen die Experten, z. B. Professor Dr. L. Tebartz van Elst darauf hin, dass unter einer klinischen Stichprobe rund 5 % der Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Wirklichkeit unter einer funktionalen Au-

tismus-Spektrum-Störung zu leiden haben. Nicht selten aber auch unter dem Beschwerdebild beider Erkrankungen.

Der Grund für diese Überschneidungen liegt einerseits in den gängigen Klassifikations-Systemen der Psychiatrie, andererseits im Schwierigkeitsgrad, den diese beiden Diagnosen aufwerfen, besonders im Alltag von Klinik und Praxis. Dies betrifft vor allem das Phänomen der so genannten dissoziativen Anspannungszustände, eines veränderten Körpergefühls mit verminderter Schmerzempfindlichkeit und selbstverletzenden Verhaltensweisen, was auf den ersten Blick tatsächlich nicht ohne tiefere Fachkenntnisse auseinandergehalten werden kann. Oder wie es die Experten bezeichnen: „Nur eine umfassende Kenntnis der persönlichkeits-strukturellen Besonderheiten autistischer Menschen und insbesondere autistischer Frauen kann hier zu einer differenzierten Praxis bei der Diagnosestellung führen“.

So sind es nicht diese Anspannungszustände mit nachfolgender Selbstverletzung, die zur Unterscheidung beitragen könnten, sondern vielmehr die Gründe, die zu dem dissoziativen Anspannungszustand führen. Oder in kurzer Alltags-Schilderung: Während dies bei Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen oft Situationen sind, in denen sie sich allein gelassen fühlen, sind es bei Frauen mit Autismus-Spektrum-Störung eher Situationen mit großer Reizüberflutung, zu viel Gruppen-Kommunikation und unklarer Kommunikation. Oder beispielsweise konkret: Zu vielen Sprichwörtern oder einer entsprechend metaphorischen (bild-orientierten) Sprache. Ferner ein unerwartetes Berührt-Werden oder aber eine Frustration (Enttäuschung) der erwarteten Ablauf-Routinen. Das alles aber ist schon theoretisch nicht ganz einfach und im praktischen Alltag nur durch Fachkenntnis und gezielte und insbesondere geduldige Erhebung der Vorgeschichte und der aktuellen Situation erhellbar.

Dagegen sind Phänomene wie überraschende Wutattacken oder aber gar chronische Suizidgedanken weniger trennscharf, sie finden sich bei beiden Krankheitsbildern. Auf jeden Fall wird allein durch diese wenigen Hinweise deutlich, wie schwierig eine differenzierte Diagnose werden kann, wonach sich dann natürlich auch die gezielte Therapie-Planung und -Ausgestaltung richtet. Denn sollte sich die irrtümliche Diagnose verfestigen, hat dies nicht zuletzt für Patientinnen mit Autismus-Spektrum-Störung ernste Folgen bis hin zur tragischen Erfahrung des Scheiterns der erhofften „normalen Lebensführung im Alltag“.

Zum Verständnis der Autismus-Spektrum-Störungen

Der Autismus mag - wie erwähnt - so alt sein wie die Menschheit, wird aber erst in den letzten Jahrzehnten spezifischer beforscht und vor allem in der Allgemeinheit wissenschaftlich fundiert erläutert, was nebenbei nicht einfach ist. Das betrifft vor allem Medizin, Psychologie, ja Soziologie und verwandte Wis-

senschaftszweige. Es ist nicht einfach, dieses Krankheitsbild zu verstehen und damit rechtzeitig zu erkennen, sogar für die Gesundheitswissenschaften. Bei den derzeitigen Theorien, Hypothesen und differential-diagnostischen Empfehlungen geht es vor allem um die Unterscheidung zwischen Struktur-, Problem- und Zustandsdiagnosen. Was versteht man darunter? Dazu eine kurz gefasste Übersicht nach Professor Dr. Ludger Tebartz van Elst in den Fachzeitschriften *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 87 (2019) 381 sowie *Neurotransmitter* 30 (2019) 38:

– *Strukturdiagnosen* benennen konstante und an sich nicht therapiefähige System-Eigenschaften. Beispiele: Körperlich wie Sehschärfe, Körpergröße, Schnelligkeit oder psychobiologisch wie Intelligenz, Fähigkeit zur sozialen Kognition (auch soziale Intelligenz genannt), Wahrnehmungs-Eigenschaften (Detail versus global), das Bedürfnis nach erwartungsgemäßen Tagesabläufen u. a. Aber auch klassische Persönlichkeits-Eigenschaften wie Offenheit, Gewissenhaftigkeit, Extrovertiertheit (also nach außen gerichtet), Geselligkeit oder Impulsivität. Strukturdiagnosen finden sich in der Medizin vor allem, wenn es um Intelligenz (einschließlich sozialer Aspekte), Körpergröße, Persönlichkeit oder eine Entwicklungsstörung (z. B. ADHS oder wie hier Autismus) geht.

– *Problemdiagnosen* hingegen ergeben sich häufig und in oft typischer Art und Weise aus Strukturdiagnosen. Beispiele: Kleidungs-Probleme oder Schwierigkeiten bei der Partnersuche bei zu großen oder kleinen Menschen; überdurchschnittlich intelligente als arrogant und unterdurchschnittlich als dumm verkannte Mitbürger etc.

Bei hochfunktional autistischen Menschen beispielsweise die Kombination aus hoher technischer, aber geringer sozialer Intelligenz, hoher Gewissenhaftigkeit und geringer Geselligkeit u. a. Mit der Folge: soziale Ausgrenzung, ja Anfeindungen im zumindest weiteren Umfeld (Schule, Studium, Arbeitsplatz, Alltag). Die entsprechend bitteren Erfahrungen der Betroffenen münden dann schließlich in Ängste, Misstrauen, Rückzug und Vermeidungsverhalten mit konkreten psychosozialen Folgen wie Arbeitsplatzverlust oder gar finanzieller Not.

– *Zustandsdiagnosen* ergeben sich in diesem Zusammenhang schließlich oft vor dem Hintergrund einer erkennbaren geistig-seelischen Struktur (also Autismus, Kommunikationsschwäche, scheinbarer Starrsinn etc.) und den daraus resultierenden Problemen wie fremdartige bis krankhafte Kommunikationsmuster, damit Ausgrenzung und Scheitern. Und deren nicht selten schicksalhaften Konsequenzen: depressive Episoden, dissoziative Anspannungszustände, psychotische Symptome usw.

Fazit: Die allgemeine Unterscheidung in Struktur-, Problem- und Zustandsdiagnosen ist wichtig, weil sie ja zu ganz unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen führen sollten.

Wie Professor Dr. L. Tebartz van Elst nahelegt, sollte eine Strukturdiagnose bzw. die ihr zugrundeliegenden Eigenschaften (s. o.) nicht als Krankheitszeichen missverstanden werden. Denn dann würden sie ja ganz bestimmte Therapie-Empfehlungen nach sich ziehen, die allerdings gar nicht „zuständig“ und damit erfolgreich wären. Das betrifft sowohl psychotherapeutische als auch medikamentöse Maßnahmen, die man eigentlich als Erstes hier empfehlen würde, allerdings ohne Erfolg. Denn eine persönlichkeits-strukturelle Besonderheit kann dadurch genauso wenig verändert werden wie beispielsweise die Körpergröße oder die allgemeine Intelligenz. Dagegen kann sehr wohl gelernt werden die eigene Struktur zu erkennen und entsprechende Kompensations-Strategien zu erarbeiten und später erfolgreich zu nutzen. Es muss also eine ganz spezielle Art von psychotherapeutischer oder sozial-psychiatrischer Hilfe eingesetzt werden, um die komplexen strukturdiagnostischen Folgen in Familie, Schule oder am Arbeitsplatz zu mildern. Oder kurz: lernende Methoden nutzen.

Die Zustandsdiagnosen in Form von Depressionen, Angsterkrankungen, dissoziativen (und nicht selten impulsiven) Anspannungszuständen oder psychotischen Dekompensationen dagegen können gut mit den entsprechenden Medikamenten behandelt werden.

Anhang: Das Problem der „autistischen Züge“

Schließlich sei noch auf einen Aspekt hingewiesen, der nicht zuletzt in der Fachliteratur zunehmend an Bedeutung gewinnt. Es handelt sich um das Problem der so genannten „autistischen Züge“ (engl.: broader autism phenotype“).

Gemeint sind damit Menschen, die durchaus erkennbar autistische Eigenschaften im Sinne einer Persönlichkeitsstruktur (s. o.) aufweisen, quantitativ aber nicht so ausgeprägt oder zumindest erkennbar, dass es zur eindeutigen Diagnose-Stellung ausreicht. Will heißen: Das Funktions-Niveau des Betroffenen ist so hoch, dass die allgemeinen Störungs-Kriterien nicht erfüllt sind. Beispiele: Schule, Studium, Familiengründung, bisweilen sogar durchaus anspruchsvolle berufliche Aufgaben.

Das reicht dann auch nicht aus, um die Bedingungen einer entsprechenden Diagnose Autismus-Spektrum-Störungen oder einer Persönlichkeitsstörung nach den ton-angebenden diagnostischen Klassifikationen zu stellen (also DSM-5[®] oder demnächst ICD-11).

Dennoch bleiben einige Probleme bzw. Alltags-Schwierigkeiten nicht ohne Einfluss. Hier wird dann besonders deutlich, wie wichtig entsprechende Kenntnisse sein können, um ein richtig bemessenes Selbstkonzept zu entwickeln, ggf. durch eine konkrete Therapie- und Lebensplanung. Oder kurz. Es gibt auch so genannte sub-syndromale Varianten im obigen Sinne, die für die biographische Entwicklung auf jeder Ebene relevant werden können und deshalb eine psycho- und soziotherapeutische, ggf. sogar psychopharmako-therapeutische Unterstützung nahelegen.

Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen

Die Therapie-Ziele bei Autismus-Spektrum-Störungen ergeben sich also aus den Krankheitszeichen des Autismus (Struktur), den Folgen (Problemen) und seelischen Komorbiditäten (Zuständen).

Bei den Kern-Symptomen des Autismus geht es erst einmal um eine Verbesserung der sozialen Kompetenz, der kommunikativen Fähigkeiten, dem Training exekutiver Fertigkeiten und der Emotionsregulation, wie es die Experten bezeichnen. Oder sehr schlicht formuliert: Sich wie die „anderen“ verhalten, ohne immer wieder in den gleichen Situationen (negativ) aufzufallen.

Wenn es sich also beim Autismus um eine Strukturdiagnose (s. o.) handelt, ähnlich wie bei Persönlichkeitsstörungen, dann muss man sich mit der Erkenntnis abfinden, dass diese Strukturen im Kern nicht veränderbar sind (wenigstens nach heutiger Kenntnislage). Das gilt dann auch für die entsprechenden psychotherapeutischen Therapie-Planungen. So sollte es also nicht das Ziel sein, die strukturellen Symptome des Autismus zu beseitigen, sondern entsprechende Kompensations-Strategien zu erlernen und vor allem konsequent einzuüben. Beispiele: unmittelbarer Augenkontakt (siehe die Symptomliste in der Einführung dieses Beitrags), die Neigung, gesprochene Sprache wörtlich zu nehmen, im Dialog direkt und ungeschminkte „ehrliche“ Rückmeldungen zu geben, aber sich auch von Gruppen-Situationen zurückzuziehen etc.

Dafür gibt es inzwischen auch in deutscher Sprache entsprechende Therapie-Manuale (z. B. das Freiburger Asperger Spezifische Therapiemanual für Erwachsene - FASTER-Konzept), mit dem auf der Basis der dialektischen Verhaltenstherapie an einem Verständnis und der Akzeptanz der eigenen schicksalhaften Struktur gearbeitet wird. Gleichzeitig geht es dabei aber auch durch Situations-Analysen und Achtsamkeitsübungen um das Verständnis, wieso es zu den typischen Missverständnissen, zu Mobbing, Ausgrenzung und Ablehnung auf der einen sowie Impuls-Durchbrüchen, Selbstverletzungen, Rückzug und überhaupt problematischen Kommunikations-Mustern auf der anderen Seite kommen kann. Und vor allem wie das nicht selten zu Depressionen, dis-

soziativen Anspannungs-Zuständen, psychotischer Dekompensation u. ä. zu führen vermag.

Es gibt allerdings auch *medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten*. Die betreffen vor allem fremd- und autoaggressive Verhaltensweisen, die hohe Empfindlichkeit gegenüber Reizüberflutungen, die Besonderheiten der Aufmerksamkeits-Fähigkeit, der Affektregulation und Impulskontrolle. Und hier insbesondere die Extrem-Folgen Impulsivität, Aggressivität und Wut. Aber auch zwangsartige Symptome in Form von Stereotypen und Ritualen, Bewegungs-Besonderheiten wie Tics und nicht zuletzt Schlafstörungen, depressive und Angstsymptome sowie psychotische Dekompensationen.

Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Fachhinweise bzw. Empfehlungen der dafür zuständigen Experten aus Psychiatrie und Psychologie. Wichtig die Erkenntnis, dass Menschen mit Autismus oft atypisch und unerwartet reagieren. Dies schon bei sehr niedrig (erscheinenden) Dosierungen jeglicher psychotroper Substanz mit (über-)starken Nebenwirkungen. Hier gilt die allseits bekannte Behandlungsstrategie: „start low, go slow“.

Therapeutische Schlussfolgerung

Letztlich gibt es mehr Möglichkeiten, als man bisher anzunehmen gewillt ist. Wesentliche Therapieziele einer individualisierten bzw. Einzeltherapie sind auf jeden Fall die Folgen des Autismus. Dabei geht es um ein angemessenes Selbstbild, ein gebührendes Selbstkonzept, das eigene Stärken und Schwächen realistisch in den Blick nimmt und berücksichtigt, die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls und einer entsprechenden Identität.

Daneben sind die leider nicht selten traumatischen Erfahrungen zu bearbeiten, d. h. Mobbing, Ausgrenzung und Missverständnisse jeglicher Art im privaten wie beruflichen Umfeld. All das muss - meist recht mühsam - in einer individuellen psychotherapeutischen Therapie bearbeitet werden, was aber bei entsprechender Kenntnis auf der einen und Geduld auf der anderen Seite durchaus erfolgreich abschließbar ist.

Von entscheidender Bedeutung ist natürlich auch die Organisation einer beruflichen und privaten Nische, die - wenn immer möglich - die Stärke-Schwäche-Struktur des Betreffenden berücksichtigt. Oder konkret: Lernen, offen und proaktiv mit der Diagnose umzugehen, um vor allem die alltäglichen Missverständnisse zu umgehen um damit die privaten und beruflichen Reibungspunkte zu minimieren, so Professor Ludger Tebartz van Elst.

LITERATUR

Grundlage dieses Beitrags sind die Fachartikel

Tebartz van Elst, Ludger: Hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen.
Fortschr. Neurol. Psychiatr. 87 (2019) 381

Tebartz van Elst, Ludger: Hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen.
NeuroTransmitter 30 (2019) 38.

Dort auch Hinweise auf weiterführende Literatur, überwiegend englischsprachig.