

Autistische Störungen bei Erwachsenen – Diagnostik und Therapie

Vorschnelle Selbstdiagnose Asperger-Syndrom

Ein unbedarfter Kommentar von Freunden oder ein Selbsttest im Internet kann Anlass für manchen Erwachsenen sein, anzunehmen er habe ein Asperger-Syndrom. Für den behandelnden Arzt gilt es, die Symptome richtig zu bewerten und eine eindeutige Diagnose zu stellen.

M. DOSE

Foto: aboutpixel.de / Christoph Ruhland



Keine Freunde, Desinteresse und mangelndes Einfühlungsvermögen – für manche Erwachsene ein Anlass, bei sich selbst das Asperger-Syndrom zu diagnostizieren.

- 32** Vorschnelle Selbstdiagnose Asperger-Syndrom
- 37** Interview mit Prof. Dr. I.-G. Angheliescu: Diagnose schizoaffective Psychose muss kritischer gestellt werden

- 39** **AGATE:** Seltene unerwünschte Arzneimittelwirkungen
- 42** **CME Stationäre Angebote bei Essstörungen**
Multimodale Strategien für eine erfolgreiche Therapie

- 47** **CME Fragenbogen**
- 49** **Neurologische Kasuistik**
Zunehmende Sprech- und Schluckstörung
Wie sicher ist die Diagnose?
- 56** **Für Sie gelesen**

Der frühkindliche (Kanner-)Autismus beeinträchtigt als tiefgreifende Entwicklungsstörung definitionsgemäß vor dem dritten Lebensjahr qualitativ die soziale Interaktion und Kommunikation eines Kindes und manifestiert sich in eingeschränktem, repetitivem Verhalten. Derart auffällige Kinder werden daher in der Regel bereits vor Erreichen des Schulalters bei Beratungsstellen oder Kinder- und Jugendpsychiatern vorstellig. Ausnahmen sind allenfalls Menschen mit schwersten Intelligenzminderungen, deren niedriges Funktionsniveau wenig spezifisch autistisches Verhalten erkennen lässt. Bei ihnen können (z. B. aufgrund aufmerksamer Verhaltensbeobachtung durch Bezugspersonen) autismspezifische Symptome auch nach dem dritten Lebensjahr entdeckt werden und zur Vorstellung und Diagnostik im Erwachsenenalter führen. Bestehen Einschränkungen in weniger als den für die Diagnose eines frühkindlichen Autismus geforderten Bereichen (soziale Interaktion, Kommunikation, stereotypen oder repetitives Verhalten) oder trat die Störung erst nach dem dritten Lebensjahr auf, kann die Diagnose eines atypischen Autismus (synonym: atypische kindliche Psychose; Intelligenzminderung mit autistischen Zügen) gestellt werden. Häufigster Anlass für eine Vorstellung von Erwachsenen zur Autismus-Diagnostik ist aber ein von den Betroffenen selbst, von Bezugspersonen oder konsultierten Therapeuten geäußerter Verdacht auf das Vorliegen eines Asperger-Syndroms oder die nach Durchführung entsprechender

Tests im Internet als gesichert angenommene Selbstdiagnose „Asperger“. Denn: Asperger ist in! Eine Internet-Suche zum Asperger-Syndrom führt zu 765.000 Einträgen. Im „Aspergia Shop“ werden „ASPIE-Produkte“ (Schlüsselbund mit Aufdruck „Born to be Aspie“, Einkaufstaschen mit Aufdruck „Greetings from Planet Aspergia“ und „Arne der Aspiebär“) zum Verkauf angeboten. Psychotherapeutische Praxen bieten Selbsttests und (bei auffälligen, also „Asperger-verdächtigen“ Werten) therapeutische Hilfe an. Eine Klinik in Münster wirbt mit „ambulanter Gruppentherapie unter Anleitung von zwei qualifizierten Psychotherapeutinnen mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie“ beim Asperger-Syndrom. Dieses wird unter anderem mit bedeutsamen Schwierigkeiten, Gefühle auszudrücken, zu verstehen und zu steuern sowie häufigem Missverstehen von indirekten Botschaften, Ironie oder non-verbalen Signalen beschrieben. Auf der Website von „ASPIES e. V.“ wird das Asperger-Syndrom als die „mildere Form des Autismus neben dem Kanner-Autismus“ definiert und (unter anderem nach einem Vorschlag von Tony Attwood) durch den Begriff „ASPIE“ ersetzt. Übersehen wird bei diesen inzwischen auch medial in Form von Talkshow-Auftritten flankierten Darstellungen, dass es sich auch beim Asperger-Syndrom um eine tiefgreifende Entwicklungsstörung handelt, welche die Mehrzahl der Betroffenen, ihre Familien und ihre soziale Umgebung erheblich in den Möglichkeiten einer selbstständigen Lebensführung beeinträchtigt.

Was ist das Asperger-Syndrom?

Der österreichische Kinderarzt Hans Asperger (1906–1980) beschrieb 1943 in seiner Habilitationsschrift „Die autistischen Psychopathen im Kindesalter“ Fälle von – wie er es nannte – „kleinen Professoren“. Es handelte sich um Kinder, die in ihrem Sozialverhalten auffällig waren, andererseits aber auch durch herausragende Begabungen auffielen. Asperger schrieb: „In dem Bemühen, jene Grundstörung zu finden und begrifflich zu fassen, von der aus die Persönlichkeit dieser Gruppe abartiger Kinder durchorganisiert erscheint, haben wir die Bezeichnung ‚Autistische Psychopathen‘ gewählt. Der Name leitet sich von dem Begriff des Autismus her, jener bei Schizophrenen in extremer Weise ausgeprägten Grundstörung. Der Ausdruck – unseres Erachtens eine der großartigsten sprachlichen und begrifflichen Schöpfungen auf dem Gebiet medizinischer Namensgebung – stammt bekanntlich von Bleuler.“

Bei der Auswahl eines zusammenfassenden Begriffs für die geschilderte Störung wählte Asperger den (damals nicht abwertend konnotierten) Begriff „autistische Psychopathen“ und bezog sich dabei ausdrücklich auf den Schweizer Psychiater Eugen Bleuler, der als ein „Grundsypptom“ der Gruppe der Schizophrenen den „Autismus“ beschrieben hatte. Bleuler hob damit auf das in sich versunkene, selbstzufriedene Desinteresse am Austausch und am Kontakt mit der Umwelt und den Mitmenschen ab, das bei vielen Menschen mit Schizophrenie zu beobachten sei („Loslösung von der Wirklichkeit zusam-

men mit dem relativen oder absoluten Überwiegen des Binnenlebens“).

In der Zusammenfassung seiner Arbeit setzte sich Asperger auch mit differenzialdiagnostisch in Erwägung zu ziehenden Störungen auseinander. Er verwies auf Gemeinsamkeiten der „autistischen Psychopathen“ mit Störungsbildern wie den „schizothymen Persönlichkeiten“ (Kretschmer), den „Desintegrierten“ (Jaensch) und dem „introvertierten Denktypus“ (Jung), gleichzeitig aber auch darauf, dass diese Störungen bei Erwachsenen beschrieben sind und man bei den Kindern noch zu wenig wisse, wie und wohin sie sich entwickeln.

Asperger-Syndrom im ICD-10

Bis zum Erscheinen von ICD-10 (1992) wurde der frühkindliche Autismus nach der 1980 herausgegebenen 9. Revision der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten/ICD-9“ den „Typischen Psychosen des Kindesalters“ zugeordnet. Das Asperger-Syndrom wurde gar nicht benannt. Am ehesten war es mit dem Störungsbild der schizoiden Persönlichkeit beschrieben: „eine Persönlichkeitsstörung mit Neigung, sich von emotionalen, sozialen und anderen Kontakten zurückzuziehen, und mit autistischer Vorliebe für Phantasie und introspektive Zurückhaltung“ (DGPPN, 1980).

In der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) heißt es über das Asperger-Syndrom, es sei eine „Störung von unsicherer nosologischer Prägnanz“, gekennzeichnet durch

- qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktionen (wie beim frühkindlichen Autismus),
- stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten (wie beim frühkindlichen Autismus),
- aber (unterschieden vom frühkindlichen Autismus) ohne bedeutsame sprachliche oder kognitive Entwicklungsverzögerung.

Als Ausschlussdiagnosen werden (neben reaktiver Bindungsstörung des Kindesalters) schizotype Störung (F21), Schizophrenia simplex (F20.6), zwanghafte Persönlichkeitsstörung (F60.5) oder Zwangsstörung (F42) genannt. Daraus folgt, dass das Asperger-Syndrom nach den diagnostischen Leitlinien der ICD-10 lediglich insofern eine mildere Form

des Autismus ist, als die für den frühkindlichen (Kanner-)Autismus geforderte allgemeine Entwicklungsverzögerung (die sich vor dem dritten Lebensjahr manifestiert) fehlt. Demgegenüber sollen jedoch (nach der diagnostischen Leitlinie der ICD-10) die qualitative Beeinträchtigung in den sozialen Interaktionen und die eingeschränkten, sich wiederholenden stereotypen Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten vorhanden sein „wie beim Autismus“ (also nicht in milderer Form). Differenzialdiagnostisch sollen (Ähnlichkeiten hatte Asperger in seiner Originalschrift schon angedeutet) unter anderem schizotype Störungen, Schizophrenia simplex, zwanghafte Persönlichkeitsstörungen und Zwangsstörungen ausgeschlossen werden.

Vom Asperger-Syndrom zu „ASPIE“

Nach einer von dem Psychologen Tony Attwood autorisierten Schrift (herausgegeben von Diana Leineweber) dienen Diagnosen dem Zweck, „Schwächen, Symptome und Verhaltensweisen mit der Lehrmeinung in Einklang“ zu bringen. Nach Attwood sollte aber das Asperger-Syndrom durch „die Beobachtung von Stärken und Talenten“ identifiziert werden. Dann wäre es „nicht länger ein Syndrom“, weshalb dann auch der Begriff Asperger-Syndrom durch einen neuen Begriff, nämlich „ASPIE“ ersetzt werden müsse. Konsequenterweise folglich von Attwood die in Klassifikationssystemen wie ICD-10 geforderten Kriterien für das Asperger-Syndrom (z. B. „qualitative Beeinträchtigung der ... sozialen Interaktion“) umdefiniert zu einem „qualitativen Vorteil in sozialer Interaktion“, der dadurch entstehen soll, dass

1. Beziehungen zu Altersgenossen von Loyalität und Zuverlässigkeit geprägt sind,
2. Beziehungen frei von sexistischer, altersbezogener und kultureller Voreingenommenheit sind,
3. man sagt was man denkt,
4. persönliche Theorien oder Perspektiven trotz offenkundiger Konflikte verfolgt werden.

Aus dem „Repertoire eingeschränkter, stereotyper, sich wiederholender Interessen und Aktivitäten“ nach ICD-10 werden kognitive Fähigkeiten beschrieben, die durch

1. Details statt Gesamtbild,
2. originelle Problemlösung,
3. außergewöhnliches Gedächtnis,
4. Sammeln und Katalogisieren von Informationen über interessierendes Thema,
5. Beharrlichkeit des Denkens,
6. enzyklopädisches Wissen über ein oder mehrere Themen,
7. den Wunsch, Ordnung und Genauigkeit zu bewahren und
8. Entscheidungen ungeachtet politischer oder finanzieller Faktoren gekennzeichnet sein sollen.

So ansprechend es für Betroffene, ihre Angehörigen und Freunde sein mag, das Asperger-Syndrom statt als psychische Störung nun als qualitativen Vorteil in sozialer Interaktion bewertet zu sehen, ist die tiefgreifende Entwicklungsstörung bei aller Einzigartigkeit der Betroffenen und Wertschätzung für sie keine liebenswerte „Schrulle“, kein „Autismus light“, sondern eine die betroffenen Individuen meist behindernde und ihr soziales Umfeld belastende Störung. Das unterstützenswerte Bemühen, eine Störung anzusehen, sondern auch individuelle Stärken (Ressourcen) im Blick zu haben, sollte nicht dazu führen, dass bei der Diagnostik der Blick dafür verlorengeht, woran die Betroffenen leiden und warum sie psychiatrische, psychologische und sonstige Hilfen benötigen.

Diagnostik bei Erwachsenen

Erhöhte Aufmerksamkeit bei Ärzten, Psychologen und anderen Berufsgruppen, die stetige Zunahme an Fach- und Laien-Wissen über Asperger, mediale und Internet-Präsenz von Selbsthilfe- und Betroffenenengruppen bringen es mit sich, dass immer häufiger Erwachsene mit dem Verdacht auf ein Asperger-Syndrom in psychiatrischen Praxen erscheinen. Zwar wird bei Internet-Selbsttests in der Regel darauf verwiesen, dass es sich um einen Screening-Test und nicht um einen diagnostischen Test handelt. Dennoch werden Aussagen gemacht wie „Ihr Autismus-Spektrum-Quotient ist sehr hoch. Menschen, die an autistischen Störungen leiden, erreichen bei diesem Test mindestens 35 Punkte“. Solche Aussagen führen bei denjenigen, die derartige Tests absolvieren (trotz der

Warnung, ob man wirklich „autistisch“ sei, könne nur eine ärztliche Untersuchung klären) häufig bereits zur Gewissheit, dass ihre psychischen Probleme nur durch ein Asperger-Syndrom zu erklären sind. Tatsächlich lässt sich die Diagnose eines Asperger-Syndroms aber nur bei weniger als einem Drittel der Erwachsenen, die auf Verdacht eine spezialisierte Ambulanz aufsuchen, bestätigen.

Probleme der Differenzialdiagnostik

Neben anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörungen sollen nach ICD-10 vor allem schizotype Störungen (ICD-10 F21), Schizophrenia simplex (F20.6), zwanghafte Persönlichkeitsstörungen (F60.5) und Zwangsstörungen (F42) ausgeschlossen werden. Dieser Ausschluss – und damit eine differenzialdiagnostische Klärung – kann jedoch nur innerhalb einer sorgfältigen Diagnostik erfolgen. Dazu gehören die Erhebung einer ausführlichen Anamnese, die Einholung aller verfügbaren Vorbefunde, Arztberichte, psychologischer Testuntersuchungen, soviel fremdanamnestic Angaben (Eltern, Geschwister, Freunde, Erzieher, Lehrer, Therapeuten etc.) wie möglich und eine gründliche psychiatrische Untersuchung, gegebenenfalls auch eine stationäre Verhaltensbeobachtung.

Fragebögen zur Selbst- und Fremdbeurteilung (durch Bezugspersonen) wie die „Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom/MBAS“ [Kamp-Becker und Remschmidt, 2005], das „Diagnostische Interview für Autismus-Revidiert/ADI-R“ [Bolte et al., 2006] oder der „Autismus-Spektrum Quotient/AQ“ [Baron-Cohen et al., 2001] enthalten keine Fragen, anhand derer sich eine schizotype oder paranoide Symptomatik ausschließen lässt. Sie können von Menschen, die zur schizotypen oder paranoiden Fehlinterpretation sozialer Situationen neigen, durchaus so ausgefüllt werden, dass die Verdachtsdiagnose eines Asperger-Syndroms nahegelegt wird, solange nicht in einem klinischen Interview die Hintergründe dieses Verhaltens geklärt sind. Dabei kann als Vorbereitung eines ausführlichen klinischen Interviews die Paranoide-Depressivitäts-Skala“ [von Zerssen] als weiteres Selbstbeurteilungsinstrument zur Abklärung paranoider Symptome eingesetzt werden.

Schizotype Störung (ICD-10 F21): Ein wesentliches Kriterium dafür, ob eine subjektiv wie objektiv gestörte soziale Kommunikation und Interaktion auf einer (dem Autismus zuzuordnenden) Unfähigkeit beruht, soziale Signale zu verstehen („dechiffrieren“), ist die Abgrenzung von gestörter sozialer Kommunikation und Interaktion infolge von Misstrauen und/oder paranoiden Ideen etwa bei schizotyper Störung. Hier resultiert die gestörte soziale Kommunikation und Interaktion aus der Neigung, selbst neutrale und/oder wohlwollende soziale Signale im Sinne von „Beziehungs- oder paranoiden Ideen“ als meist negativ, herabsetzend auf die eigene Person gemünzt und nicht zufällig zu interpretieren.

Was im Falle des Asperger-Syndroms auf mangelnder Fähigkeit oder mangelndem Interesse beruht, sich in das Empfinden und Verhalten anderer Menschen hineinzudenken („Theory of mind“, Empathie), ist bei schizotypen Störungen (wie auch bei der paranoiden Persönlichkeitsstörung) der Umstand, dass selbst neutrale Reize als feindlich gegen die eigene Person oder zumindest auf sie bezogen erlebt werden. Der schizotyp-paranoide Mensch hat nicht das Problem, soziale Signale nicht interpretieren zu können oder an seiner sozialen Umgebung kein Interesse zu haben – er überinterpretiert sie vielmehr auf der Basis seines Misstrauens und seines paranoiden Denkens.

Schizophrenie (ICD-10 F20) und Schizophrenia simplex (ICD-10 F20.6): Als Differenzialdiagnose zum frühkindlichen Autismus soll laut ICD-10 eine Schizophrenie (F20.) mit ungewöhnlich frühem Beginn, zum Asperger-Syndrom eine Schizophrenia simplex (F20.6) erwogen und geprüft werden. Hier stellt sich die Frage, ob ein im ICD-10 den negativen Symptomen zugeordneter sozialer Rückzug als Symptom einer schizophrenen Störung oder eines Asperger-Syndroms bewertet wird. Im Rahmen einer schizophrenen Störung tritt Rückzugsverhalten als negatives Symptom im Zusammenhang mit anderen, für die Diagnose einer schizophrenen Störung geforderten Symptomen (z. B. Gedankenlautwerden, Verfolgungs- oder Beeinträchtigungswahn, Halluzinationen, Affektstörung etc.) auf. Bei einer autistischen Störung ist die fehlende soziale und emotionale

Tabelle 1

Unspezifische Probleme bei autistischen Störungen nach ICD-10

- Befürchtungen, Phobien
- Schlafstörungen
- Essstörungen
- Wutausbrüche
- Aggressionen
- Selbstverletzungen

Gegenseitigkeit, der Mangel an Empathie oder „Theory of Mind“ Ausdruck der Grundstörung und nicht Begleitsymptom anderer schizophrener Symptome.

Schizophrenia simplex, in der ICD-10 als Differenzialdiagnose des Asperger-Syndroms benannt, steht für ein „seltenes Zustandsbild mit schleichender Progredienz von merkwürdigem Verhalten, der Unmöglichkeit, soziale Anforderungen zu erfüllen und mit Verschlechterung der allgemeinen Leistungsfähigkeit“. Im Unterschied zu anderen Schizophrenieformen (besonders auch zum schizophrenen Residuum) entwickeln sich die Symptome ohne dass jemals eine floride psychotische Episode (mit Positivsymptomen wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen) vorausgegangen wäre. Ein wichtiges Abgrenzungsmerkmal gegenüber autistischem Verhalten bei einem Asperger-Syndrom ist die langsam, schleichend-progredient verlaufende Entwicklung des Rückzugsverhaltens und die daraus resultierende Störung der sozialen Interaktion. Beim Asperger-Syndrom beginnt die qualitative Beeinträchtigung der gegenseitigen sozialen Interaktion bereits im Kindesalter und persistiert (ohne schleichend-progrediente Entwicklung) bis in die Adoleszenz oder das Erwachsenenalter.

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung und Zwangsstörung ICD-10 F60.5 und F42): Ausgeprägte Zwänge (Festhalten an ritualisierten Abläufen) und zwanghaftes Vermeiden unbekannter oder ungewohnter Situationen (Veränderungsängste) gehören zu den bei Menschen mit autistischen Störungen häufig auftretenden Verhaltensstörungen. Im Gegensatz zu Zwangssymptomen bei zwanghafter Persönlichkeits- oder Zwangsstörung sind sie aber nicht Kern

der Störung [Remschmidt und Kamp-Becker, 2007]. Nach den diagnostischen Leitlinien (F42) sollen die auftretenden Zwangsgedanken oder -handlungen quälend sein oder die normalen Aktivitäten stören. Das ist bei Zwangshandlungen autistischer Menschen (zumindest in Bezug auf quälend – außer für die Umgebung) in der Regel nicht der Fall. Auch das Erleben der Zwangsgedanken und -handlungen als sinnlos, als nicht angenehm und nutzlos ist bei den ritualisierten Stereotypen autistischer Menschen selten anzutreffen. Vielmehr scheinen bei Menschen mit autistischen Störungen stereotype Verhaltensweisen und Rituale lustbetont und mit einem Gefühl innerer Befriedigung verbunden zu sein. Demgegenüber stellen Zwangsrituale bei einer Zwangsstörung den wirkungslosen, symbolischen Versuch dar, ein aufsteigendes, inneres Spannungsgedühl abzuwehren. Auch bei Zwangshandlungen, die sich auf Reinlichkeit (Waschzwang), Ordnung oder wiederholtes Kontrollieren (Fenster, Türen, Herdplatte) beziehen, geht es um die Abwehr möglicher Gefahren, während den Ritualen autistischer Menschen in der Regel keine derartige Bedeutung zuzumessen sein wird. Ihnen geht es um Handlungsrountinen wie das starre Festhalten an Abläufen (Reihenfolge von Waschen, Zähneputzen, Kämmen, Anziehen von Hemd, Rock/Hose, Schuhen etc.) sowie die Beschäftigung mit Daten, Fahrplänen oder motorischen Stereotypen (wie das „Trallern“ genannte Spiel mit Fingern und Händen).

Einzelne Merkmale der anankastischen (zwanghaften) Persönlichkeitsstörung (Perfektionismus, übermäßige Gewissenhaftigkeit, Pedanterie, Rigidität und Eigensinn) können bei Menschen mit

autistischen Störungen vorhanden sein. Es fehlen aber meist die für die Diagnose einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung richtungsweisenden weiteren Merkmale wie Unentschlossenheit, Zweifel und übermäßige Vorsicht als Ausdruck tiefer persönlicher Unsicherheit, das Aufdrängen beharrlicher und unerwünschter Gedanken oder Impulse, die nicht die Schwere einer Zwangsstörung erreichen. Umgekehrt können zwanghafte Persönlichkeiten zwar aufgrund ihrer Gewissen- und Skrupelhaftigkeit zwischenmenschliche Kontakte vernachlässigen oder in ihrer Fähigkeit zum Ausdruck herzlicher Gefühle beeinträchtigt sein. Es fehlt aber die für die Diagnose einer autistischen Störung geforderte qualitative Störung der sozialen Interaktion und Kommunikation. Soziale Kontaktstörungen und mangelnde Fähigkeit zum Ausdruck herzlicher Gefühle sind bei Menschen mit Zwangssymptomen eine Folge dieser Symptome, nicht das Symptom selbst.

Therapeutische Möglichkeiten bei autistischen Störungen Erwachsener

Die Behandlung autistischer Störungen erfordert einen von Akzeptanz und Wertschätzung getragenen, mehrdimensionalen und pragmatischen Therapieansatz, bei dem alle beteiligten Berufsgruppen, Angehörige und Betreuer vertrauensvoll zusammenarbeiten sollten. Derzeit liegen weder für die psychotherapeutische noch für die medikamentöse Behandlung ausreichend evidenzbasierte Erkenntnisse für einzelne Therapieformen oder Medikamente vor. Die Behandlungsplanung muss sich daher an den individuellen Ressourcen der Betroffenen und den in ihrer Lebenssituation vorhandenen Möglichkeiten orientieren. Mit den gegebenen Möglichkeiten erreichbare Ziele und die dafür erforderlichen Therapieschritte sollten gemeinsam er- und bearbeitet werden.

Psychotherapie: Erwachsene haben im Laufe ihres Lebens meist schon eigene Bewältigungsstrategien entwickelt, die oft (z. B. im Gespräch den Gesprächspartner immer anschauen; immer lächeln) für unterschiedliche soziale Situationen keine differenzierten Verhaltensoptionen beinhalten. Bei einer psychotherapeutischen Betreuung Erwachsener mit autistischen Störungen müssen daher zunächst mittels

einer Problem- und Verhaltensanalyse behandel- und/oder modifizierbare Zielsymptome identifiziert werden. Pragmatisch bewähren sich problemorientierte Ansätze der Psychotherapie zur Förderung sozialer Kompetenz (Einzel-/Gruppentherapie), Erhöhung der Flexibilität im Alltag (Abbau von Zwängen, Ritualen, Stereotypen), Förderung positiver Ressourcen (Überprüfung und Modifizierung selbst entwickelter Bewältigungsstrategien) und das Wecken und Fördern sozialer Interessen (Gruppenaktivitäten, Freizeitgestaltung).

Medikamentöse Behandlung: Eine autistische Störung im Erwachsenenalter ist per se keine Indikation für eine medikamentöse Behandlung. Begleitsymptome autistischer Störungen (Tab. 1) können aber den Einsatz von Psychopharmaka sinnvoll und notwendig machen, wenn nicht-medikamentöse Behandlungsansätze allein keinen zufriedenstellenden Erfolg zeigen. Zur kurzfristigen Krisenintervention eignen sich Benzodiazepine, alternativ (wenn bei häufigerer Anwendung ein Abhängigkeitsrisiko vermieden werden soll) sedierende Neuroleptika (z.B. Dipiperon, Melperon). Bei auto- und fremdaggressivem Verhalten sollte zunächst ein Behandlungsversuch mit Stimmungsstabilisierern (Lithiumsalze, Carbamazepin, Valproat), alternativ (bei Impulskontrollstörungen) einem SSRI unternommen werden. Führen diese Maßnahmen nicht zum Erfolg, können zur psychomotorischen Dämpfung und zum Spannungsabbau antipsychotisch wirksame Medikamente (Neuroleptika) eingesetzt werden. Depressive, Angst- und Zwangssymptome sollten entsprechend den Leitlinien für die jeweilige Symptomatik medikamentös behandelt werden. □

LITERATUR

beim Verfasser

Prof. Dr. med. Matthias Dose

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 Ärztlicher Direktor des Isar-Amper-Klinikums, Klinik Taufkirchen
 Mitglied des wissenschaftlichen Beirats
 „Autismus Deutschland“
 Bräuhausstr. 5, 84416 Taufkirchen
 E-Mail: m.dose@iak-kt.de

Informationen, Rat und Hilfe

Beim Bundesverband „Autismus Deutschland“ (www.autismus.de) können Literatur, Veranstaltungshinweise für Autismus-spezifische Fort- und Weiterbildungsbildungen, die Adressen von Kompetenzzentren für Diagnostik und Therapie und lokaler Selbsthilfegruppen abgerufen werden.