

# Begriff/Historie

## FDA (American Food and Drug Association, 2011)

- 1 von 166 Kindern
- 1 % der Bevölkerung (Lancet, 2009)
- weltweit 30 Millionen, dabei Männer (Jungen) 3-4 häufiger betroffen als Frauen (Mädchen)

## Deutschland (Bölte, 2011)

mehr als 800. 000 Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung  
davon auf permanente Hilfe angewiesen: 60.000 - 70.000

der „Rest“: an der Grenze zur Normalität (SPEKTRUM)  
andere Diagnosen (zum Beispiel ADHS, ADS)

## steigende Häufigkeiten der Diagnose

Paradigmenwandel → Autismus-Spektrum-Störung  
verbesserte Diagnostik



verändertes Bewusstsein für das Störungsbild

Häufig zunächst Diagnose einer komorbiden Aktivitäts- und  
Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung

# Autismus – Geschichte

## Geschichte eines Terminus

Terminus „Autismus“ (griech.)

*autos*: selbst, auf sich selbst bezogen

*ismos*: Zustand, Orientierung

Terminus „Autismus“

Reduktion des von Ellis geprägten „**Autoerotismus**“ (infantiles Sexualverhalten)

Havelock Ellis (1898) englischen Arzt und Sexualwissenschaftler

Terminus „Autismus“

von Freud (1915) in das Konzept der Psychoanalyse  
übernommen: wiederum im Kontext der infantilen Sexualität,  
hier aber als **Triebbeziehung zum Sexualobjekt** (spätere  
Begriff „Narzissmus“)

Sigmund Freud (1915) in das Konzept der Psychoanalyse

Modifikation des Terminus Autismus durch klassische Psychiatrie im „kritischen Exkurs“ mit der Psychoanalyse bei → **Bleulers Schizophreniekonzept (1911)**

Der „**psychosexuelle**“ **Zuschreibungsinhalt** wurde hin zum **gestörten Verhältnis** der Schizophrenen **zur Umwelt** (schizophrener Negativismus) interpretiert.

Bleuler verstand in der „**Zurückgezogenheit in die innere Gedankenwelt**“ ein **Hauptsymptom der Schizophrenie**,

Im weiteren historischen Verlauf wurde der Terminus im Verständnis einer **starken Ich-Bezogenheit** in der deutschsprachigen Psychiatrie eher diffus verwendet, zum Beispiel **bei schweren Formen der Depression** oder auch bei Kontaktstörungen der **hebephrenen Formen der endogenen Psychosen** (Karl Leonhardt, 1957).

Tübinger Psychiatrieschule Ernst **Kretschmer** (1921)

„**schizoide Temperament**“ als eine charakterbedingte Wesensart

**Kontaktscheuheit,**  
**Introvertiertheit,**  
**emotionale Distanziertheit,**  
**Überempfindlichkeit gegenüber äußeren Reizen.**

Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Autismus fand sich auch bei **Eugen Kahn (1928)** welcher den Terminus „Autismus“ im Zusammenhang mit den so genannten **abnormen Persönlichkeiten** (Psychopathien) in der Charaktertypisierung im Kontext der **Ich-Umwelt-Bezogenheit** verwendete.

Hans Binder (1930) setzte sich mit dem „schizoide Autisten“ auseinander und brachte (erstmal) mit dieser Beschreibung einen **gewissen Entwicklungsaspekt**, eine Prozessbetrachtung ein.

Er sah im Autismus eine Art **Vorstufe zur Schizophrenie**.

Hans Binder (1930) „Autisten“

differenzierte zwei Gruppen von „**präpsychotischen  
Sonderlingen**“

Gruppe 1: fanden sich nach Binder bereits in der Kindheit auffällige „psychische Züge“, diese blieben aber unbeschrieben und undifferenziert

Gruppe 2: ein Auftreten der Auffälligkeiten erst in der späteren  
Entwicklung fest, die Menschen waren bis dahin für die Umwelt „unauffällig“

Binder beschrieb jedoch für beide Gruppen:

Mangel an verständnisvoller Rücksichtnahme, „**der affektiven Imponderabilien (Unabwägbarkeit) in der Beziehung zu Mitmenschen**“

begründete wurde dies mit einer „Schwächung im instinktiven Ansprechen... beim Verkehr mit der Umwelt...“, was sich mit den späteren Beobachtungen im Konzept der gestörten „**Theory of Mind**“ (ToM) deckte und später von Asperger verwendet wurde (Kumbier et al., 2010, S. 56)

Beeinträchtigung der Fähigkeit zur „**Perspektivübernahme**“

Die russische Kinderpsychiaterin Ssucharewa veröffentlichte 1926, **erstmalig auf das Kindesalter** bezogen und in Bezugnahme auf Kretschmer, die Monographie

**„Die schizoide Psychopathie im Kindesalter“**

Viele der dargelegten Merkmale dieser beschriebenen „schizoiden Kinder“ zeigen Gemeinsamkeiten mit der späteren Beschreibung des Asperger-Syndroms (Kumbier, E. et al., 2010).

# Wende in der Autismus-Praxis

## Autismus-Forschung

### **Kanner und Asperger**

beiden **gebürtigen österreichischen Psychiater**  
beide aus Bleuler's Schizophrenie-Schule kommen,  
insofern steht die angenommene „unabhängige Parallelität“ der  
Erkenntnisse in Frage

**Leo Kanner (1896-1981)**, wanderte 1924 nach Amerika aus  
wurde in der Nachkriegszeit zuerst bekannt

**Hans Asperger (1906-1980)**, zudem Kinderarzt, blieb in Österreich  
seine Konzeption wurde erst später durch **Lorna Wing (1981)** bekannt, diese änderte  
auch die Bezeichnung von „Autistischen Psychopathen“ in „Asperger-Syndrom“, für das  
sie zudem detaillierte Kriterien beschrieb.

**Leon Kanner** beschrieb 1943 Auffälligkeiten bei Kindern, die er 1944 als **Frühkindlichen Autismus** (early infantily autism) bezeichnete

## 2 Grundmerkmale

frühes Kindesalter

verzögerte Sprachentwicklung

## 4 Sekundärmerkmale

positive Einstellung zu Gegenständen (Objekt- nicht Personenbezogenheit)

multiple Entwicklungsstörungen im kognitiven Bereich

motorische Auffälligkeiten

Unfähigkeit mit Menschen „normale“ Beziehungen aufzunehmen

„schwerer Autismus“ in Differenzierung dazu „**High Functioning Autism**“ (Behindertenbereich)

„Autistische Psychopathen“ (auf Konzept von Kahn und Binder zurückgehend)

von Lorna Wing im Terminus geändert (beschrieben) als **Asperger-Syndrom** benannt

ab dem 3. Lj. auffallend

Hemmungen im affektiven-emotionalen Bereich

Tendenzen der Abkapselung und Selbstisolation

frühe Fähigkeiten im sprachschöpferischen Bereich, jedoch

Störung der Sprache als Kommunikationsmittel

Abweichen des Denkens vom praktischen Handeln

motorische Stereotypien

durchschnittliche bis überdurchschnittliche Intelligenz

Probleme im Trieb und Gefühlsleben

	frühkindlicher Autismus	Asperger-Syndrom
<b>Auftreten erster Symptome</b>	erste Lebensmonate	3. Lebensjahr
<b>Sozialverhalten</b>	totale soziale Abkapselung	können als ältere Kinder eher Sozialkontakte suchen
<b>Intelligenzentwicklung</b>	von geistig behindert bis normal	von normal bis hochbegabt
<b>Motorisches Verhalten</b>	eher unauffällig	häufig ungeschickt, Störungen in der Koordination
<b>Sprache</b>	ausbleibende oder stark verzögerte Sprachentwicklung	Sprachentwicklung oft früh aber oft pedantischer Sprachstil und Probleme beim Verstehen von Übertragenen Bedeutungen

Schuster, 2011, S. 18

# Paradigmenwandel

## „Autistisches Spektrum“

### „Jenseits von RainMan“:

„Das autistische Kind gibt es nicht. Jedes autistische Kind ist anders.  
Jedes autistische Kind ist eine neue Herausforderung...“

(Nicole Schuster, 2011)

Autismus ist eine **tiefgreifende** Entwicklungsstörung

beginnt oder wirkt „früh“ in der Entwicklung

betrifft („stört“) viele Funktionen (sozialer und Lernbereich)

wirkt sich maßgeblich auf Lebenspfade aus (u.a. soziale Benachteiligung,  
SGB-TEILHABE)

Der „Klassische Autismus“ ist in Relation zur Breite des autistischen Kolorits statistisch bei:

ca. 10 % „Kanner-Autismus“

ca. 20 % „Asperger-Autismus“

Bei autistischen Störungen lassen sich **keine klaren (medizinisch definierten) Kategorien** unterscheiden.

## **DIMENSIONALITÄT DER STÖRUNG**

### **Autistische Kernsymptomatik**

**VARIATION** des **Schweregrades** der Symptomatik der tiefgreifenden Entwicklungsstörung in Bezug auf soziale Kompetenzen

Bei autistischen Störungen variiert der **Beginn** und der **Verlauf**.

Bei autistischen Störungen variiert die **Selbstreflexionsfähigkeit**.

Schweregrad	Soziale Kommunikation	Restriktive, repetitive Verhaltensweisen
Schweregrad 3  „Sehr umfangreiche Unterstützung erforderlich“	Starke Einschränkungen der verbalen und nonverbalen sozialen Kommunikationsfähigkeit verursachen schwerwiegende funktionelle Beeinträchtigungen, eine sehr begrenzte Initiierung sozialer Interaktionen und eine minimale Reaktion auf soziale Angebote von anderen. Eine Person mit Autismus-Spektrum-Störung verfügt z. B. über wenige Worte verständlicher Sprache, initiiert nur selten Interaktionen, und wenn sie dies tut, dann in ungewöhnlicher Form mit der Absicht, die eigenen Bedürfnissen zu erfüllen. Diese Person reagiert nur auf sehr direkte Kontaktaufnahme	Unflexibilität des Verhaltens, extreme Schwierigkeiten im Umgang mit Veränderungen oder andere restriktive/repetitive Verhaltensweisen mit ausgeprägten Funktionsbeeinträchtigungen in allen Bereichen.  Zeigt großes Unbehagen bzw. hat große Schwierigkeiten, den Fokus oder die Handlung zu verändern.
Schweregrad 2  „Umfangreiche Unterstützung erforderlich“	Ausgeprägte Einschränkungen in der verbalen und nonverbalen sozialen Kommunikationsfähigkeit. Die sozialen Beeinträchtigungen sind auch mit Unterstützung deutlich erkennbar, reduzierte Initiierung von sozialen Interaktionen oder abnormale Reaktionen auf soziale Angebote von anderen. Eine Person spricht z. B. in einfachen Sätzen, sie verfügt über eine eigenartige nonverbale Kommunikation und die Interaktion beschränkt sich auf begrenzte Spezialinteressen.	Unflexibilität des Verhaltens. Schwierigkeiten im Umgang mit Veränderungen oder andere restriktive/repetitive Verhaltensweisen treten häufig genug auf, um auch für den ungeschulten Beobachter offensichtlich zu sein, und sie beeinträchtigen das Funktionsniveau in einer Vielzahl von Kontexten. Zeigt Unbehagen und/oder hat Schwierigkeiten, den Fokus oder die Handlung zu verändern.
Schweregrad 1  „Unterstützung erforderlich“	Die Einschränkungen in der sozialen Kommunikation verursachen ohne Unterstützung bemerkbare Beeinträchtigungen. Schwierigkeiten bei der Initiierung sozialer Interaktionen sowie einzelne deutliche Beispiele von unüblichen oder erfolglosen Reaktionen auf soziale Kontaktangebote anderer. Scheinbar vermindertes Interesse an sozialen Interaktionen. Die Person ist	Unflexibilität des Verhaltens führt zu deutlichen Funktionsbeeinträchtigungen in einem oder mehreren Bereichen.  Schwierigkeiten, zwischen Aktivitäten zu wechseln. Probleme in der Organisation und Planung beeinträchtigen die Selbstständigkeit.

qualitative Abweichungen/Beeinträchtigung in den Kommunikationsmustern und der Sprache

qualitative Abweichungen/Beeinträchtigung in den wechselseitigen sozialen Interaktionen (Gegenseitigkeit)

ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten (Teilobjekten)

in der Regel nur beim Kanner Autismus

## **qualitative Abweichungen/Beeinträchtigung in den Kommunikationsmustern und der Sprache**

(Frühe Auffälligkeiten)

Sprachverständnisproblem

Kaum Kompensation durch Mimik und Gestik

stereotype eigentümliche Äußerungen/Neologismen

Echolalie - Sprache wird nicht reziprok als Kommunikationsmittel eingesetzt

# qualitative Abweichungen/Beeinträchtigung in den wechselseitigen sozialen Interaktionen (Gegenseitigkeit)

## Sozialer Rückzug/soziale Inkompetenz:

Mangelndes Einfühlungsvermögen

Soziale Hinweisreize werden nicht verstanden (meist in Gruppen)

keine angemessene Kontaktaufnahme (Peinlichkeiten, Übergriffe)

wenig (angemessenen) Blickkontakt

keine gemeinsamen Freude

keine geteilte Aufmerksamkeit (joint attention)

## ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten (Teilobjekten)

Fixierung auf Sonderinteressen (Asperger: Savant Phänomen)

Ritualisierte Handlungen

Besonderer Interessen an funktionalen und sensorischen  
Aspekten (Kanner: Gegenstände, Oberflächen)

Repetitives (sich wiederholendes) Verhalten (Tics)

motorische Manierismen

Stereotypen (Schaukeln Jaktation)

Klassifikation „autistischer Störungen“ nach ICD 10  
Autismus-Spektrum-Störungen

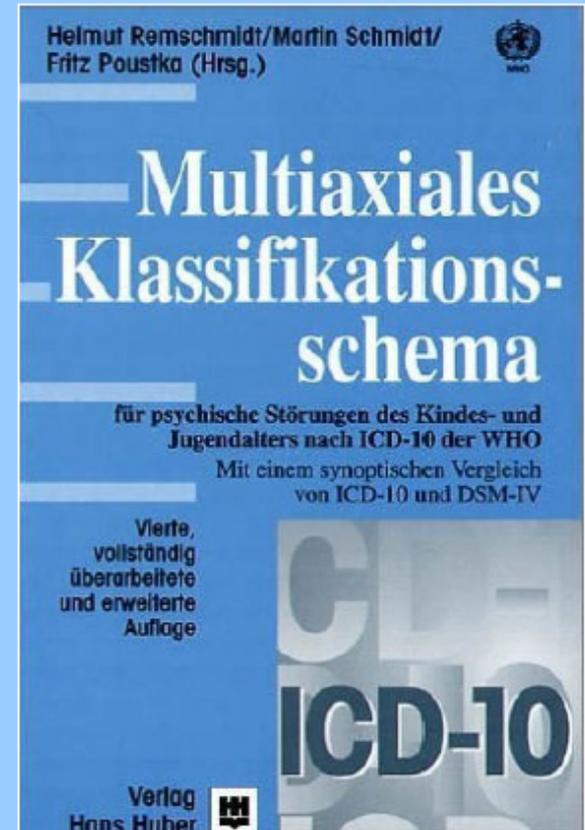
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (ICD 10, F 84)

Frühkindlicher Autismus  
F 84.0

Atypischer Autismus  
F 84.1

Asperger-Syndrom  
F 84.5

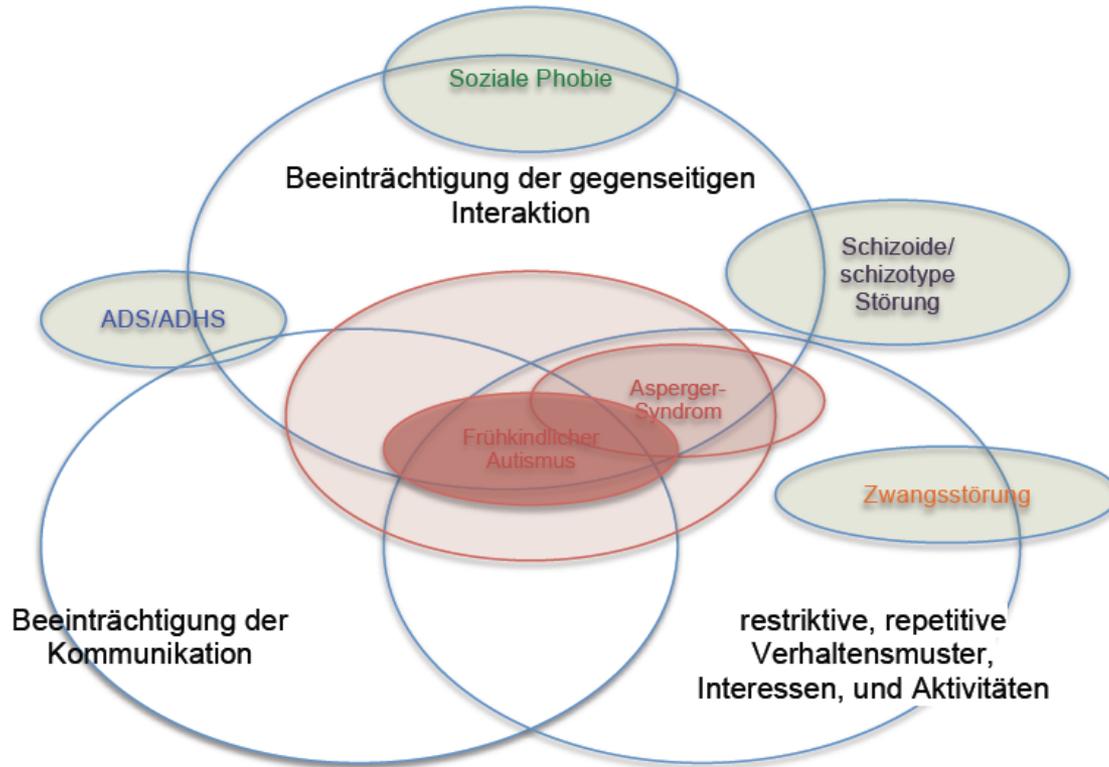
<b>Frühkindlicher Autismus</b>	<b>F 84.1</b>
<b>Atypischer Autismus</b>	<b>F 84.2</b>
Rett-Syndrom	<b>F 84.2</b>
Sonstige desintegrative Störung des Kindesalters	<b>F 84.3</b>
Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien	<b>F 84.4</b>
<b>Asperger-Syndrom</b>	<b>F 84.5</b>
<b>Sonstige / n.n.b. tiefgreifende Entwicklungsstörung</b>	<b>F 84.8/9</b>



# Komorbide Störungen

- Intelligenzminderung (bis 50%)
- ADHS (50-60%)
- Autoaggressives Verhalten
- Zwänge (35%)
- Angststörungen (10-40%)
- Tics
- Epilepsie (20%)
- Organische Syndrome  
(Phenylketonurie, Fragiles X, Prader-Willi-Syndrom,  
tuberöse Hirnsklerose...) (10%)

Schreiter, Uniklinik Köln



### **3 KERNDIMENSIONEN Autismus-Spektrum-Störung**

(Abb. nach Hollander et al., 1998)

## Unterscheidungsmerkmale Asperger-Syndrom vs. ADHS

	Asperger-Syndrom	ADHS
<b>Sprachentwicklung</b>	oft sehr früh	unauffällig
<b>Blickkontakt</b>	kaum	ja, aber oft nur flüchtig, schnell abgelenkt
<b>Spielverhalten</b>	kein kooperatives, interaktives und phantasievolles Spielen	hyperaktiv und impulsiv, aber durchaus phantasievoll <b>distanzauflösend</b>
<b>Verbale Kommunikation</b>	elaborierter Sprachstil, auffällige Sprachmodulation, monologisierend und ohne sozialen Bezug zum Gesprächspartner	schnelles Reden, impulsives Wechseln der Themen, wechselseitige Kommunikation möglich <b>Logorrhoe</b>
<b>Motorik</b>	oft ungeschickt	variiert
<b>Interaktion</b>	reduzierte sozio-emotionale Interaktion, keine geteilte Freude <b>gefühlskalter Egozentrismus</b>	sozio-emotionale Gegenseitigkeit <b>Facettenreicher Egozentrismus</b>

# Erklärungsansätze

# HYPOTHESENBUILDUNG

Ursachen sind bis heute nicht eindeutig geklärt  
verschiedene Theorien  
Paradigmenwandel

klassisches Paradigma (Ende des 19.7 Anfang des 20. Jh.)

Im zusammenfassenden historischen Rückblick war der mit Autismus einhergehende Stereotyp in wechselnder Bedeutsamkeit der Lebensspanne (zuerst eher Erwachsenenalter, später dann eher das Kindesalter) von Beginn an als **krankhafte soziale Störung** verankert. Dem medizinischen Modell folgend, lag ein **organischer bzw. habituellem Defekt** zugrunde.

endogen: von innen kommend

temperamentsorientiert: Psychopathie

## Autismus als KRANKHEIT

## 1. Paradigmenwandel (Mitte des 20. Jh.)

Diese endogene oder temperamentorientierte insofern „angeborene“ Sichtweise des Autismus wechselte besonders in der **Nachkriegszeit** in ein **primär psychogenes Paradigma**. Autismus wurde in dieser Zeitspanne **eher als emotionale Störung der Kommunikation** betrachtet. Insofern stand eine Umerziehungsorientierung von Menschen insbesondere Kindern mit Autismus und einer Sichtweise der „**falschen Erziehung**“ durch die Eltern („**Kühlschrankmütter**“, „**refrigerator mothers**“ – **Bettelheim 60er Jahre**) im Vordergrund.

## 2. Paradigmenwandel (Mitte/Ende des 20. Jh.)

fand ab den 60er Jahren statt.

Die ätiologische Prämisse orientierte sich **differenzierter** auf **neurobiologische Faktoren** der Entstehung des Autismus und damit assoziierten Erlebens-, Denk- und Verhaltensweisen.

Verbunden mit einer rasanten technischen Entwicklung zum Beispiel der bildgebenden Methoden gab es in der Folgezeit umfangreiche Forschungen auf diesem Gebiet.

### Neurodiversität

## genetische Ursachen:

genetische Heterogenität (derzeit ca. 200 Gene untersucht, davon ca. 100 mit Beteiligung am Störungsbild)

**keine spezifische Chromosomenregion, welche universell die Gene enthalten, die Autismus hervorrufen → Umwelttrigger auslösend**

Vererbungsweg folgt einer nicht Mendel'schen Übertragung

bei Asperger starke X-chromosomale Komponente vermutet, Männer 4-8 mal häufiger

Autismus assoziiert mit anderen genetischen Anomalien:  
Down-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Fragiles X-Syndrom

## Konkordanzraten für Autismus (1977–1995):

<b>Eineiige Zwillinge</b>	<b>36–91 %</b>
<b>Zweieiige Zwillinge</b>	<b>0–5%</b>
<b>Andere Geschwister</b>	<b>3–7%</b>
<b>Verwandte 2. Grades</b>	<b>0%</b>

Erblichkeit: 91–93%

## nicht- genetische Ursachen

### a. Neurotransmitter scheinen gestört (Mangel) zu sein, zum Beispiel

Oxytocin (erhöht Wahrnehmung von Vertrauenswürdigkeit von Gesichtern, stressprotektiv, anxiolytisch, prosoziales Hormon)

Serotonin  
Reelin

### b. Morphologie/Physiologie des Gehirns

- größeres Gehirnvolumen mit vermehrten „weißer Substanz“ in den ersten 5 Lebensjahren (keine neuronale Differenzierung)
- Reduktion von Spiegelneuronen
- **Störung der Konnektivität**

gestörte **Theory of Mind**

Theorie der **schwachen zentralen Kohärenz**

Störung der **exekutiven Funktionen**

Die Fähigkeit Gefühle, Wünsche und Intentionen anderer Menschen zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren

„**Mindblindness**“

mangelnde Emotionserkennung

situative Fehleinschätzung des Verhaltens anderer

es wird alles eher wörtlich genommen, Witze und Ironie wird schlechter verstanden

Fähigkeit einzelne visuelle Wahrnehmungen oder – aspekte in einen übergeordneten Gesamtkontext zu integrieren

Eine Situation (Teilaspekte) wird nicht in Gesamtkontext gebracht (konventionelle Normen).

Visuelle Einheiten (Augen, Mimik und Gestik) werden nur in Teilaspekten erkannt.

Mentale Prozesse, welche die Planung, Antizipation und Ausführung von Verhalten steuern:

Handlungsplanung

Steuerung der Vigilanz

Hemmung von Handlungsimpulsen

**Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung haben Defizite:**

Denkmuster sind rigide und unflexibel (eigene Ordnung)

Verhaltensmuster sind eingeschränkt (repetitive Verhaltensweisen)

Impulskontrolle ist gestört

**Eingliederungshilfen SGB VIII /§ 35a**

**Persönliches Budget KSV (zum Beispiel SGB XII)**

**Pflegekassen der Krankenkassen (zusätzliche Betreuungs-  
Entlastungsleistung SGB XI § 45b)**

**Krankenkassen Verhaltenstherapie bei Sekundärsymptomen  
(Ängste/Depressionen) - Richtlinienverfahren**

## **TRAININGS/KONZEPTE**

Formen des **SO**ziales **KO**mpetenztraining

**TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related  
Communication-Handicapped Children)**