

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNG (ASS) (2)

Teil 2: Begriff – Definition – Häufigkeit – Geschlecht – Ursachen – Störungsbild – Psychotherapie – Therapie-Setting – Gruppen-Psychotherapie – Autisten in der Hausarztpraxis – Möglichkeiten und Grenzen der Pharmakotherapie

Der Autismus ist so alt wie die Menschheit, wird aber in letzter Zeit wissenschaftlich vermehrt beforscht. Das erleichtert nicht nur den Betroffenen und ihrem Umfeld den Alltag, es ergeben sich auch konkrete Therapie-Empfehlungen in der Einzel-, vor allem aber Gruppen-Behandlung im Kindes- und insbesondere Erwachsenenalter. Was empfiehlt sich zu Bedarfs-Analyse, Ziel-Definition, Behandlungs-Maßnahmen, Therapie-Setting etc., nicht zuletzt was alters-adäquate Gruppensitzungen und ggf. Schwierigkeiten in der Behandlung-Situation betrifft, von Alltags-Problemen ganz zu schweigen.

Dazu eine kurz gefasste Übersicht mit entsprechenden Empfehlungen aus Expertenkreisen zur Psycho- und Pharmakotherapie bei Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter.

Erwähnte Fachbegriffe:

Autismus – Autismus-Spektrum-Störung (ASS) – Autismus-Begriff – Autismus-Klassifikation – frühkindlicher Autismus – Asperger-Syndrom – autistische Kern-Symptomatik – atypischer Autismus – Autismus-Häufigkeit – Autismus-Ursachen – Autismus-Verhalten – autistische Umfeld-Irritationen – Autismus-Psychotherapie im Kindesalter – Autismus-Psychotherapie im Erwachsenenalter – konkretes Therapie-Setting in der Autismus-Psychotherapie – Gruppen-Psychotherapie bei Autismus – Alltags-Schwierigkeiten bei Autismus – Hinweise für Psychotherapeuten in der Autismus-Behandlung – Hinweise für die Hausarzt-Praxis in der Behandlung von Autisten – u. a. m.

Autismus-Spektrum-Störungen, wie man heute die verschiedenen autistischen Störungen zusammenfasst (siehe Teil 1 und nachfolgende Einteilung) sind tiefgreifende Entwicklungsstörungen, die sich über die ganze Spanne eines Lebens erstrecken. Im Einzelnen:

Autismus – kurz gefasste Übersicht

– Der *Begriff Autismus* wurde 1911 von dem Schweizer Psychiater Eugen Bleuler eingeführt. Er beschrieb damit ein Grund-Symptom der Schizophrenie, sprich: gedankliche Binnenwelt und Vermeidung zwischenmenschlicher Kontakte. Den Begriff und seine Symptomatik übernahmen 1943 der US-amerikanische Psychiater Leo Kanner und 1944 der deutsche Psychiater Hans Asperger, um das autistische Störungsbild bei Kindern zu charakterisieren. Die Erkenntnis: Autistische Kinder ziehen sich nicht aktiv in ihre Phantasiewelt zurück, sondern sind schon primär unfähig, überhaupt soziale Kontakte zu entwickeln. Demnach trifft auf sie die ursprüngliche Charakterisierung und Bezeichnung von E. Bleuler nicht zu; dennoch wurde sie beibehalten, weil weltweit gebräuchlich.

– *Klassifikation*: Als tiefgreifende Entwicklungsstörungen fanden die später so zusammengefassten Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) erstmalig 1980 Eingang in ein internationales Klassifikationssystem, nämlich das US-amerikanische Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen - DSM-III. In den folgenden Ausgaben des DSM-IV und der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen - ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) fand die Konzeption der ASS als Zusammenschluss verwandter Subtypen von Störungen aus dem autistischen Spektrum Eingang in die internationale Diagnostik.

Das im deutschsprachigem Raum gültige Klassifikationssystem ICD-10 unterscheidet zwar nach wie vor zwischen frühkindlichem Autismus, atypischem Autismus und dem so genannten Asperger-Syndrom, doch dürfte sich dies mit der Neuauflage der ICD-11 ändern, und zwar in Anlehnung an das inzwischen vorliegende DSM-5®.

In wissenschaftlicher Hinsicht aber gilt bisher im klassifikatorischen Zuständigkeitsbereich der ICD-10 folgende

– *Definition* (in Fachbegriffen): Unter einem frühkindlichen Autismus versteht man die Manifestation der autistischen Kern-Symptomatik, d. h. einer tiefgreifend beeinträchtigten sozialen Interaktion und Kommunikation; ferner repetitiver und stereotyper Verhaltensweisen vor dem 3. Lebensjahr sowie eine beeinträchtigte Entwicklung entweder der kognitiven Fähigkeiten oder der Sprache.

Bei Fehlen einer klinisch relevanten kognitiven und sprachlichen Entwicklungsverzögerung und Vorliegen der autistischen Kern-Symptomatik spricht man von einem *Asperger-Syndrom*. Bei fehlender Manifestation der autistischen Kern-Symptomatik vor dem 3. Lebensjahr oder bei Symptom-Ausprägung, die nicht in allen drei Teilbereichen (soziale Interaktion, Kommunikation, repetitives und stereotypes Verhalten) ein tiefgreifendes Ausmaß erreicht, von einem *atypischen Autismus*.

Bisher kann die nosologische Validität (also gültige Aussagekraft der systemischen Einordnung und Beschreibung der Krankheiten) der Subtypen-Unterscheidung empirisch (wissenschaftlich beweisbar) nicht hinreichend bestätigt werden. Deshalb wurde sie im DSM-5[®] aufgehoben und durch eine so genannte dimensionale Charakterisierung der ASS mit Schweregrad-Unterscheidung ersetzt. Die geplante ICD-11 wird der Aufhebung der Subtypisierung folgen und sich ebenfalls der Form bzw. dann auch Diagnose der Autismus-Spektrum-Störungen anpassen.

- Mit einer *Prävalenz (Häufigkeit)* von 1 bis 2 % sind Autismus-Spektrum-Störungen vergleichsweise häufig, vor allem weil sie auch zusätzlich mit Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen belastet sind.
- *Geschlechtsspezifisch* überwiegen männliche Betroffene in Kindheit und Jugend im Verhältnis 4 : 1, was sich im Erwachsenenalter bei fachlich fundierter Diagnose auf 2 : 1 reduzieren dürfte.
- *Ätiologisch* geht man sowohl von einer hohen genetischen (erblichen) als auch umwelt-bedingten Krankheitsursache aus. Die genetische Forschung spricht von derzeit rund 100 beforschten Variationen. Bei den Umwelteinflüssen diskutiert man verschiedene Einflussfaktoren. Beispiele: Seitens der Mutter Typ I-Diabetes, Röteln-Infektion und Medikamente während der Schwangerschaft, ja sogar den sozio-ökonomischen Status, das Alter der Eltern bei der Geburt des Kindes, belastende Migrations-Erfahrungen u. a.
- Zu den so genannten *diagnostischen Kern-Kriterien der Autismus-Spektrum-Störungen* zählen beispielsweise: Störungen der sozialen Interaktion und Kommunikation, oder kurz: der zwischenmenschlichen Alltagskontakte. Beispiele: Schwierigkeiten, den Sinn eines Gesprächs zu erfassen, unpassende Themenwahl, Monologisieren, also Neigung zur Selbstgesprächen ohne zu erkennen, dass sich der Gesprächspartner langweilt oder gar ausgeschlossen wird; ferner zu lange Zeit, bis konkret geantwortet wird, weil die Aussage der anderen Seite nicht richtig verstanden worden ist; zuweilen der falsche Einsatz von Floskeln usf. Im weiteren Schwierigkeiten, den Sinn eines Gesprächs zu erfassen oder unpassende Themenwahl bzw. Themenwechsel, vor allem im Smalltalk, also dem kleinen, belanglosen Alltagsgespräch. Dies gilt insbeson-

dere für Wortbedeutungen oder sprachliche Wendungen, weil entsprechende sprachliche Inhalte wortwörtlich verstanden werden („Konkretismus“), also ohne beispielsweise Verständnis für Ironie, Witze und Metaphern (bildhafte Ausdrücke). Dies bis zur modulatorischen Einschränkung, d. h. eine monotone, fast mechanische Sprechweise was stimmliche Qualität oder Sprachmelodie betrifft. – Dies geht auch auf die eingeschränkte Deutungs-Fähigkeit und damit eigene Verwendung von Blickkontakt und Gestik zurück. Und schließlich das, was man repetitive, stereotype Verhaltensweisen und Interessen nennt. Beispiele: ritualisierte Tagesabläufe und Routine, nutzlos erscheinende Ordnungsvorlieben sowie inhaltlich oder von der Intensität her ungewöhnlich auffällige Spezial-Interessen.

Das größte, zumindest auffälligste Problem ist also die Unfähigkeit, allgemein gültige Kommunikations-Signale wie Mimik, Gestik, Blickverhalten u. a. zu erkennen, zu deuten und darauf adäquat zu reagieren. Oder wie es die Experten bezeichnen: Nonverbale Signale in der alltäglichen Interaktion können nicht als Quelle sozial relevanter Informationen genutzt werden. Im Erwachsenenalter haben die Betroffenen zwar dann so manche Kompensations-Mechanismen erworben, die wenigstens die sozialen Begegnungs-Grundregeln nutzen können (z. B. Ausdruck und Interpretation bestimmter Gesichtsausdrücke). Die intuitive Verarbeitung, also die unmittelbare und nicht durch den Verstand vermittelte Erkenntnis non-verbaler, d. h. nicht sprachlicher Kommunikations-Signale bleibt jedoch dauerhaft erschwert.

Sehr lästig, auffällig, störend und den Betreffenden ggf. sogar diskriminierend sind vor allem die repetitiven, stereotypen Verhaltensweisen und Interessen (immer wieder und immer gleich), die sich auch im Erwachsenenalter durch eine Vielzahl wiederholter Rituale und Routinen sowie spezieller Ordnungsvorlieben äußern. Dies insbesondere wenn sie rigide (starr) und situationsunabhängig, vor allem für das Umfeld „unsinnig“ ausgeführt werden. Beispiele: Schaukeln mit dem Oberkörper, Drehen der Hände, manchmal sogar gewisse Laute.

Dies „abzustellen“ ist schon deshalb schwierig, weil Menschen mit ASS das nicht selten als beruhigend empfinden, weshalb es besonders in stressreich erlebten Situationen ausgeführt, ja gezielt eingesetzt wird (und dort auch besonders irritiert).

Ähnliches gilt für die veränderten Reizschwellen für verschiedene Sinnesmodalitäten, also Sehen (z. B. zu grell), Hören (zu laut), Schmecken, Riechen, Fühlen (zu intensiv). Zwar kann dies im Alter zurückgehen, in überfordernden komplexen sozialen Situationen mit mehreren Sinneseindrücke auf einmal aber doch wieder zum Problem werden.

– *Differentialdiagnostisch* (was könnte es sonst noch sein) muss im Erwachsenenalter vor allem geklärt werden, ob nicht auch noch eine Persönlichkeitsstörung, Angst- und Zwangsstörung, vor allem aber eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung in Betracht zu ziehen ist. Dies erfordert in der Regel entsprechende Experten, also Nervenärzte, Psychiater und Psychologen, am ehesten derzeit wohl in einer Spezialambulanz.

Psychotherapie der Autismus-Spektrum-Störung im Erwachsenenalter

Unabhängig von der psychotherapeutischen Behandlungsbedürftigkeit einer Autismus-Spektrum-Störung durch die zusätzlichen Belastungen, beispielsweise durch Angst- und Zwangsstörungen oder Depressionen, stellt sich die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen einer gezielten Therapie der so genannten autistischen Kern-Symptomatik. Hier geht es vor allem um die Abgrenzung von so genannten Normalitäts-Begriffen und damit der Störungswertigkeit, wie es die Experten nennen. Letztendlich ist aber der individuelle Behandlungswunsch entscheidend und sollte deshalb auch respektiert werden. So Erkenntnis und Empfehlungen der Experten PD Dr. Christine M. Falter-Wagner, Prof. Dr. Dr. Kai Vogeley und Dr. Katharina Krämer in ihrem Beitrag über „Die besten Behandlungserfolge werden mit Psychotherapie erzielt“ in der Fachzeitschrift InFo Neurologie + Psychiatrie 21 (2019) 44. Im Einzelnen:

Grundsätzlich muss man allerdings daran denken, dass die Autismus-Spektrum-Störung eine chronische, d. h. meist lebenslange Erkrankung darstellt, die wohl in dieser dauerhaften Form nur selten fachlich betreut werden kann (und muss?). Der aktuelle Bedarf sollte jedoch dann sowohl zeitlich als auch inhaltlich klar benannt und zielorientiert abgeklärt werden. Dabei spielen nicht nur die alltäglichen Belange eine Rolle, d. h. von alltäglichen Einschränkungen der Funktionsfähigkeit über die Berufstätigkeit bis hin zu spezifischen sozialen Aufgaben (z. B. Partnerschaft, Elternschaft), sondern ggf. auch psychische Störungen, die vom individuellen Leidensdruck bis zur Selbst- oder gar Fremdgefährdung gehen können.

Am Anfang steht deshalb eine eingehende Bedarfs-Analyse mit realistischer Ziel-Definition und konkreter Therapieplanung. Sie sollte sich an den aktuellen Bedürfnissen orientieren, im Idealfall aber auch die Angehörigen einbeziehen.

Konkrete Therapieziele sind dabei Aspekte, die dem Gesunden gar nicht einfallen würden, hat er ja in der Regel diesbezüglich keine Defizite zu ertragen. Beispiele: Das Erlernen der Entschlüsselung sozialer Hinweise wie Blickkontakt, Mimik, Gestik, Körperhaltung oder Tonfall. Oder kurz: Wie reagiere ich adäquat auf diese sozial-kommunikativen Signale meines Umfelds. Es gilt also durch verhaltens-therapeutische Rollenspiele und Übungen (auch mit Video-Feedback) eine angemessene Kontaktaufnahme und die erforderliche Gesprächsführung zu üben, ja regelrecht zu trainieren. Denn hier geht es nicht

nur um zwischenmenschliche Beziehungen im üblichen Alltag, hier geht es auch um Angehörige, Nachbarn, Mitarbeiter und nicht zuletzt den Arbeitgeber, dessen Toleranz-Grenzen je nach Personalbedarf bzw. -politik mehr oder weniger begrenzt zu sein pflegen. Ihn wird man nämlich therapeutisch kaum einbeziehen, höchstens aufklären können. Die Angehörigen allerdings schon, was auf jeden Fall zu einer erleichternden Kommunikation auch außerhalb der Familie beitragen kann.

Das konkrete Ziel ist deshalb die Verbesserung emotionaler (gemütsmäßiger) Kompetenz, d. h. die eigenen Gefühlsregungen zu erkennen und mitzuteilen sowie die Gefühle anderer Personen wahrzunehmen, sie möglichst zutreffend zu interpretieren und das eigene Verhalten darauf abzustimmen. Und dies eben nicht nur für Alltägliches oder gar Positives, sondern eben auch Irritierendes, Zweideutiges, Negatives, Belastendes, Riskantes etc.

Das gilt vor allem für die Bewältigung von stress-behafteten Situationen, ein in der Regel zentrales therapeutisches Anliegen vieler Betroffener im Erwachsenenalter. Schon die so genannten Gesunden sind derlei ja im modernen Alltag ständig ausgeliefert, nicht zuletzt durch die mannigfaltigen sozialen Reize einer modernen Arbeits-Welt. Für ASS-Betroffene eine oft unüberwindbar erscheinende Herausforderung. Denn durch die Aufsummierung zwar alltäglicher, für sie aber ständig belastender Ereignisse drohen sich so genannte komorbide Störungen zu entwickeln, insbesondere Depressionen und Angststörungen, man kann es verstehen.

Hier können allerdings die erwähnten repetitiven und stereotypen Verhaltensweisen wie ritualisierte Tagesabläufe und Routinen, scheinbar nutzlose Ordnungsvorlieben und inhaltliche oder bezüglich Intensität auffällige Spezialinteressen etc. sogar eine Ressource (Hilfsmöglichkeit) darstellen. Oder kurz: Gezielte Entspannung durch scheinbar sinnlose Verhaltensweisen, die dem Betroffenen jedoch „etwas Luft verschaffen“. Das zeigt allerdings auch, dass selbst unsinnig erscheinende Verhaltensweisen für entsprechend Belastete ihren Wert haben können. Hier zu differenzieren: was ist vertretbar, vielleicht sogar nutzbar, wo aber liegen die Grenzen, ist eine der therapeutischen Aufgaben.

Empfehlungen zum konkreten Therapie-Setting

Die Schaffung und vor allem regelmäßige Beibehaltung geeigneter praxisorientierter Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Psychotherapie ist in jedem Fall nicht nur sinnvoll, sondern oft auch erfolgsentscheidend. Das gilt für ASS-Patienten doppelt. Dabei gilt es einige Besonderheiten zu beachten.

Beispiele, wie sie die Experten empfehlen: Zeitrahmen, örtliche Bedingungen, ja Sitzungs-Struktur etc. Telefonische Termin-Vereinbarungen pflegen eher

belastend zu sein, E-Mail-Korrespondenz oder zumindest feste Telefonsprechzeiten erleichtern es. Eine ruhige Atmosphäre ist ohnehin für alle Patienten hilfreich, für ASS-Betroffene doppelt (Wartezimmer, Reihenfolge mit Folge-Klienten und ggf. Zeitdruck u. a.). Außerdem sollte der Therapeut flexibel bleiben, was ggf. Verkürzung aber auch Verlängerung der ambulanten Sitzungsdauer betrifft. Überhaupt sollten ausgeprägtere Veränderungen oder gar Zeitdruck vermieden werden und sogar ein Wechsel der Räumlichkeiten. Das Gleiche gilt für Termin-Absagen, Urlaub, Verlegungen etc. Und wenn nötig, dann möglichst rechtzeitig und konkret abgesprochen, was auch den gemeinsamen Arbeits-Strategien von Patient und Therapeut entgegenkommt. Und schließlich, was grundsätzlich gilt, für ASS-Patienten aber ganz besonders: Therapieräume sensorisch reizarm gestalten, vor allem in Hinsicht auf Lärm und Geruch.

Altersadäquate Gruppensitzungen

Vielleicht überrascht es, aber die Erfahrung lehrt: Gruppen-therapeutische Interventionen sind im besonderen Maße zur Behandlung von ASS-Patienten geeignet, so die Experten in ihren Empfehlungen in der Fachzeitschrift *InFo Neurologie + Psychiatrie* 21 (2019) 44. Warum?

Die Betroffenen meiden ja häufig private zwischenmenschliche Kontakte in der Gruppe, da sie hier (besonders?) schlechte Erfahrungen gesammelt haben. Wenn man diese Belastung nun konsequent umgeht, führt dies direkt zu Rückzug und damit Isolations-Gefahr mit allen Konsequenzen. Deshalb kann man im geschützten Rahmen einer Gruppen-Therapie die dafür notwendigen sozialen Fähigkeiten im Austausch trainieren, und zwar mit anderen, ähnlich Belasteten und damit ohne Angst vor Zurückweisung oder Misserfolg. Das geht bis zum Rollenspiel, um Kontaktaufnahme, Smalltalk, non-verbale Interaktionen sowie die Bewältigung realistischer Konflikt-Situationen zu trainieren, und zwar unter Anleitung und mit Unterstützung der Therapeuten, die zunächst analysieren und dann gezielt beraten und anleiten. Außerdem haben die Patienten zum ersten Mal Gelegenheit, ähnlich Beeinträchtigte kennenzulernen und festzustellen, mit ihren Schwierigkeiten nicht allein zu sein.

Interessant dabei ein entwicklungs-psychologischer Aspekt: Es hat sich nämlich herausgestellt, dass sich die Bedürfnisse und damit Therapie-Ziele einer Psychotherapie von ASS in Kindes- und Jugendalter von denen im Erwachsenenalter zum Teil deutlich unterscheiden. Man muss also bei den so genannten autismus-spezifischen Interventions-Programmen alters-adäquat vorgehen. Warum?

Die Bedürfnisse je nach Altersstufe sind unterschiedlich. Das betrifft nicht nur die so genannten Gesunden, es ist für autistisch Belastete nicht anders. Das gilt für Kinder und Jugendliche mit ASS vor allem für Kontaktprobleme, die ja auch das Knüpfen von Freundschaften beeinträchtigen. Im Erwachsenenalter

dagegen schieben sich die Stress-Situationen des Alltags in den Vordergrund, d. h. schwierig erlebte soziale Situationen von der Familie bis zum Beruf. Und die zunehmende Gefahr einer zusätzlichen seelischen Störung, wie oben erwähnt.

Deshalb gibt es inzwischen spezifische Therapieprogramme für ASS-Patienten im Erwachsenenalter, die zunehmend genutzt werden. Beispiele: Das Therapiemanual zur Behandlung von Asperger-Autismus und hoch-funktionalem Autismus bei Erwachsenen (Freiburger Asperger-Spezifische Therapie für Erwachsene - FASTER) sowie das Gruppentraining für Autismus im Erwachsenenalter (GATE: Psychoedukation, Vermittlung von Techniken zur Stressanalyse und -reduktion, Erweiterung kommunikativer Fähigkeiten und Bewältigung sozialer Situationen). Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur.

Schwierigkeiten im Alltag – Schwierigkeiten in der Therapie-Situation

Dass ASS-Betroffene Schwierigkeiten im Alltag haben, ist das Grundthema dieser Übersicht. Das gilt für beide Seiten, nachvollziehbar. Es gilt aber auch - so sonderbar es sich anhören mag - für das Verhältnis zwischen Patient und Therapeut, als „schwierige Therapie-Situationen“ bezeichnet.

Dabei beginnen die Probleme mit etwas scheinbar Positivem. Gemeint ist der überraschende Umstand, dass Patienten, die erst im Erwachsenenalter die Diagnose erhalten haben, häufig als sehr angepasst, ja als nur geringfügig eingeschränkt erscheinen. Warum deshalb eine Behandlung?

Zum einen ist eine Autismus-Spektrum-Störung nicht automatisch mit Leidensdruck und negativen psychosozialen Konsequenzen verbunden. Das hängt nicht zuletzt mit den sehr spezifischen Verhaltens-Defiziten und damit sozialen Einbußen zusammen. Vieles ist auch erst einmal völlig unerklärlich, ja unfassbar, und zwar für beide Seiten. Deshalb ist es gar nicht so selten, dass dieses Leidensbild im Erwachsenenalter nicht als ASS-Verdacht bzw. -Problem vorgestellt wird, sondern im Rahmen von zusätzlichen Belastungsfolgen wie Depressionen, Angststörungen etc. Kurz: Nicht ASS, sondern eng damit zusammenhängende oder dadurch ausgelöste andere seelische Störungen, bei denen sich die Ursache erst in einer gezielten Exploration durch Arzt oder Psychologe erkennen lässt. Und dies am besten mit zusätzlichen fremdanamnestischen Zusatz-Informationen durch das nähere oder weitere Umfeld nach Patienten-Erlaubnis. Nur so lassen sich die notwendigen Informationen sammeln, ordnen und zu einer zutreffenden Diagnose komprimieren, der dann hoffentlich auch die richtige Therapie folgt.

Gleichwohl kann vor allem zu Beginn ein direkter therapeutischer Auftrag durch den Patienten durchaus fehlen. Das ist nicht nur Gleichgültigkeit oder Abwehr, es hat ja auch seinen pathologischen (krankhaften) Grund: Nicht wenige Betroffene verstehen den Charakter ihrer Problematik nicht einmal teil-

weise und schon gar nicht vollständig als Folge ihrer „nicht alltäglichen We-sensart“. Oder kurz: Sie suchen die Probleme eher bei den anderen, seltener oder gar nicht bei sich selber – nachvollziehbar, aber folgenschwer.

Hier hilft dann die intensive Förderung des bewussten Perspektive-Wechsels durch die erwähnten Rollenspiele (z. B. mit Video-Feedback). Sie sollen den Betroffenen erläutern, welche ihrer Verhaltensweise zu entsprechenden Problemen im zwischenmenschlichen Alltag führen. Dazu noch einmal zur Verdeutlichung, wie es die Experten zusammenfassen:

- *Pragmatik* im Sinne der sozialkommunikativen Funktion der Sprache: Monologisieren, ohne zu erkennen, dass der Gesprächspartner gelangweilt ist. – Zu lange Antwort-Latenzen, wenn Aussagen nicht richtig verstanden worden sind. – Falscher Einsatz von Floskeln.
- *Smalltalk* als Sonderfall der Pragmatik: Schwierigkeiten, den Sinn des Gesprächs zu erfassen. – Unpassende Themenwahl.
- *Semantik*, d. h. Inhalt von Wortbedeutungen oder sprachlichen Wendungen: wortwörtliches Verständnis von sprachlichen Inhalten („Konkretismus“ genannt). – Eingeschränktes Verständnis von Ironie, Witzen und Metaphern (bildhafter Sprache).
- *Prosodie*, d. h. stimmliche Qualität der Sprache/Sprachmelodie: Einschränkungen in Modulation, dadurch monotone und mechanische Sprechweise.

Es ist aber nicht nur die Sprache bzw. die verbale Kommunikation, die hier zu Missverständnissen und Irrtümern, schließlich leider auch zu abfälligen Bemerkungen und schließlich Ausgrenzungen im Alltag führt, es sind auch weitere Aspekte, die eine Autismus-Spektrum-Störung erst einmal alltags-schwierig machen. Beispiele:

So kann es aufgrund eines eingeschränkten oder manchmal sogar fehlenden Verständnisses für die so genannte Nähe- und Distanz-Regulation zum Vorwurf der Distanzlosigkeit kommen. Dies natürlich im Alltag (vor allem unter Fremden), aber auch in der Behandlungs-Situation. Deshalb muss man auch in der Therapie-Situation etwas genauer präzisieren, was bei ASS-Patienten in der Kindheit versäumt oder nicht ausreichend durchgesetzt wurde, nämlich die Erläuterung gesellschaftlicher Konventionen. Oder kurz: Aus welchen Gründen manche Verhaltensweisen als unangebracht oder distanzlos bewerten werden.

Hier kann dann etwas hinderlich dazwischen kommen, was ansonsten in der Allgemeinheit durchaus geschätzt werden müsste. Gemeint ist ein ausgeprägter Anspruch der Patienten an Ehrlichkeit und Verlässlichkeit, was aber jetzt zu Missverständnissen Anlass geben kann. Oder kurz: Die allseits akzeptierten gesellschafts-konformen Gepflogenheiten können von einem ASS-Patienten

aufgrund seiner spezifischen Wesensart als „unehrlich“, „unaufrichtig“, ja sogar „schauspielernd“ empfunden werden. Konkret verunsichern indirekte Sprache, einen auf nonverbalen Ausdruck reduzierte Kommunikation oder soziale Andeutungen. Umgekehrt irritieren den Therapeuten reduzierte oder unpassende bzw. schlecht integrierte non-verbale Ausdrucksweisen, die nicht konform und mit den verbal ausgedrückten Inhalten übereinstimmen. Es wird daher empfohlen, dass zur Vermeidung oder Aufarbeitung von Missverständnissen immer nachgefragt werden darf, und zwar auf beiden Seiten, also von Patient und Therapeut.

Im Weiteren gilt es - wie erwähnt - auch das psychopathologische Kernkriterium der repetitiven, stereotypen Verhaltensweisen bei ASS zu respektieren bzw. in der therapeutischen Arbeit zu berücksichtigen. Das betrifft vor allem die äußeren Rahmenbedingungen, die so konstant wie möglich zu halten sind, beispielsweise Räume, krankheits- oder urlaubs-bedingte Abwesenheiten etc. Kurz: Es gilt jegliche Stress-Ursachen zu minimieren, um die krankheits-bedingten Veränderungs-Ängste und sensorischen Überempfindlichkeiten in Grenzen zu halten.

Das hat jedoch - zum Abschluss - auch umgekehrt seine Probleme: Es gibt nämlich nicht nur die sensorische (Sinnes-)Überempfindlichkeit der Patienten für Ungewohntes oder Überraschendes vonseiten des Umfelds, es gibt auch sensorische Unempfindlichkeiten in eigener Sache. Beispiel: Den eigenen Körpergeruch nicht wahrzunehmen und entsprechend wenig Körperhygiene zu betreiben. Das ist nun einerseits ein besonders heikles Thema, was in gesunden Kreisen jedoch keine weitere Diskussion auslösen würde, bei ASS-Betroffenen hingegen wieder das Thema „gesellschaftliche Konventionen“ aufwirft, die halt dann detailliert (noch einmal) erläutert werden müssen.

Oder kurz, wie es die Experten PD Dr. Christine M. Falter-Wagner, Professor Dr. Dr. K. Vogeley und Dr. Katharina Krämer abschließen: „Die wichtigsten Punkte sind absolute Transparenz im Vorgehen und aufrichtiger Respekt für die Erlebens- und Wahrnehmungsweise des Patienten“.

Autisten in der Hausarztpraxis

Inzwischen hat die Weiter- und Fortbildung zum Thema *Autismus* auch den Hausarzt erreicht. Das ist ein unbestrittener Fortschritt, will aber in einer wie üblich vollen Hausarzt-Sprechstunde auch bewältigt sein. Nachfolgend einige Überlegungen, wie sie beispielsweise in der Medical Tribune 47 (2019) 4 geschildert werden (Sprechstunden-Hinweise durch Frau Dr. Anke Richter-Scheer aus Bad Oeynhausen):

Da Symptom-Spektrum umfasst also soziale Defizite, begrenzte Interessen, stereotypes Verhalten sowie kommunikative Beeinträchtigungen. Hausärzte

müssen sich jedoch in erster Linie um die zusätzlichen körperlichen und psychischen Leiden kümmern. Im Umgang mit Autisten gilt es jedoch einige Grundregeln zu beachten:

- Man sollte sich nicht daran stören, wenn sich Autisten unsensibel verhalten und Blickkontakt meiden. Ihnen fehlt die Fähigkeit zur „Mentalisierung“ von Gefühlen oder Absichten anderer (Empathie, Perspektive-Übernahme)
- Zudem Duzen sie den aufgesuchten Arzt häufig und kommen mit gezielten Eigen-Diagnosen und entsprechenden Forderungen: „Ich habe eine Erkältung und will jetzt ein Blutbild, eine CRP-Bestimmung und dann schaust du mir noch in den Hals“.
- Schon die Konsultation wegen einer banalen Atemwegs-Infektion kann Probleme bereiten, denn der ASS-Patient fokussiert sich auf die Erkältung und fordert ohne Umschweife bestimmte Untersuchungen ein.
- Andere wirken hingegen schüchtern und antworten vor allem verzögert auf die erste Frage, wenn man gerade die sechste gestellt hat. Autisten brauchen Zeit, viel Zeit (die in der Hausarzt-Praxis nur selten verfügbar ist).
- Deshalb folgende Vorschläge: Pausen lassen, einfache Fragen formulieren (wo sind die Schmerzen?), geschlossene Fragen stellen (z. B. Geht's gut?), auf jeden Fall kein Smalltalk.
- Mit unverbindlichen Alltags-Aussagen können Autisten nichts anfragen. Beispiel: Ist das heute nicht ein tolles Wetter? Fällt es ihnen doch schon schwer, den Alltag zu bewältigen, geschweige denn übergeordnete Beurteilungen ohne für sie tiefere Bedeutung zu wechseln.
- Reizüberflutung vermeiden, es folgt sofort eine ratlose oder missverständliche Reaktion.
- Rituale helfen weiter, d. h. mit immer wiederkehrenden Mustern arbeiten. Beispiele: routine-mäßige Begrüßung mit Handschlag oder Schulterklopfen, dann aber immer gleich. Auch die Mitarbeiter darauf hinweisen und möglichst immer denselben. Wichtig: Autisten bei jedem Schritt rechtzeitig informieren und die Untersuchung nicht nur ankündigen, sondern auch mit einfachen Worten erklären. Und Zeit lassen, damit darauf auch wie gewünscht reagiert werden kann.

Pharmakotherapie der Autismus-Spektrum-Störung im Erwachsenenalter

Um es gleich vorwegzunehmen: Derzeit gibt es keine wirksame und vor allem nachgewiesene (wissenschaftlich belegte) pharmakotherapeutische Interven-

tions-Möglichkeit zur Reduktion der sozialen Interaktions- und Kommunikationsschwierigkeiten bei ASS. Deshalb verbietet sich der rasche Griff zu Medikamenten jeglicher Art, um hier ggf. Abhilfe zu schaffen, die aber (noch) nicht verfügbar ist.

Das betrifft sowohl den kognitiven Entwicklungs-Rückstand (geistige Fähigkeiten) als auch die adaptiven (Anpassungs-)Möglichkeiten im Alltag. Dafür muss man zumeist mit einer erhöhten Empfindlichkeit für unerwünschte Arzneimittelwirkungen rechnen.

Gilt dies für jeden Fall? Nein, hängt aber von einer sorgfältigen Abwägung der Möglichkeiten und Grenzen durch fachärztliches Personal ab. So kann im Einzelfall bei starker Ausprägung und hoher Beeinträchtigung durch repetitive und stereotype Verhaltensweisen (s. o.) die Gabe eines atypischen Neuroleptikums in Betracht gezogen werden. Das Gleiche gilt für aggressive Verhaltensweisen, besonders wenn eine Eigen- oder gar Fremdgefährdung droht. Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur.

Etwas anderes ist es bei den ja nicht selten zusätzlich belastenden komorbiden psychischen Symptomen und Störungen. Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gibt es inzwischen medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten, die sich bewährt haben, allerdings fachärztliche Begleitung erfordern. Ähnliches gilt für Depressionen (nicht zuletzt bipolarer, d. h. manisch-depressiver Form), Angststörungen, Tic- und Ess-Störungen oder gar schizophrener Psychosen sowie isolierter Schlafstörungen. Sie alle erfordern eine sorgfältige Diagnose und verlaufsangepasste Betreuung, d. h. eine vorsichtige Eindosierung sowie weiterführende Kontrolle unter besonderer Berücksichtigung der erwähnten (Über-)Empfindlichkeit, vor allem gegenüber möglicher Nebenwirkungen (Einzelheiten siehe auch die entsprechenden Medikamenten-Beiträge in dieser Serie).

Aktuell werden zwar auch spezifische Behandlungs-Überlegungen und sogar -Versuche diskutiert, wobei aber noch keine aussagekräftigen Erkenntnisse zur Langzeitwirkung verfügbar sind.

LITERATUR

Grundlage dieser kurz gefassten Übersicht Teil 2 zur Psycho- und Pharmakotherapie bei Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter ist der Fachbeitrag von

Christine M. Falter-Wagner, Kai Vogeley u. Katharina Krämer zum Thema: *Die besten Behandlungserfolge werden mit Psychotherapie erzielt* im InFo Neurologie + Psychiatrie 21 (2019) 44 mit entsprechenden Hinweisen zu weiterführenden Literatur.