

Liebenauer Gesundheits-Info

Psychiatrisch-neurologische Informationen
der Stiftung Liebenau

ASPERGER-SYDNROM

Eine Autismus-Spektrum-Störung (ASS)

Historische Aspekte – Definition und Klassifikation – Das Krankheitsbild: soziale Interaktion, Sprache, unnatürliche Konkretisierung, ungewöhnliche Interessen, Spiel- und Bewegungsverhalten, Zwänge, Alltagsbewältigung – Häufigkeit – Geschlecht – Verlauf – Prognose – spezielle Aspekte: Fortschritte und Rückfälle im Lebensverlauf – Asperger-Syndrom und Gewalt u. a. – welche Ursachen werden diskutiert – Differentialdiagnose: frühkindlicher (infantiler) Autismus (Kanner-Syndrom), atypischer Autismus, Bindungsstörungen, elektiver Mutismus, Zwangsstörungen, Anorexia nervosa, frühkindliche Hirnschädigung, Tourette-Syndrom, Schizophrenie, paranoide Zustände, Borderline-Störung u. a. – Co-Morbidität – diagnostische Irrtümer – Untersuchungsverfahren – Umgang mit Asperger-Patienten – allgemeine Hinweise für den Alltag – Asperger-Therapie aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht – Psychopharmaka – u. a. m.

ANHANG: AUTISMUS – EINE TABELLARISCHE ÜBERSICHT: Definition – Autismus-Spektrum – Häufigkeit – Geschlecht – Krankheitsbild: zwischenmenschliche Kontakte, Kommunikation, Sprache, Rituale, Bewegungsmuster, Intelligenz, Verhaltensauffälligkeiten, Selbsttötungsgefahr u. a. – altersbedingte Phänomene: Säuglings- und Kleinkindalter, mittleres Lebensalter – Verlauf – erbliche Belastung – körperliche Befunde – Differentialdiagnose – Prognose – u. a. m.

In einer Zeit, in der sich feste Regeln, Normen und Bindungen ohnehin zusehends auflösen scheinen, sollten Verhaltensstörungen weniger denn je auffallen – so könnte man meinen. Doch das Gegenteil ist der Fall. Zum einen reagiert das Umfeld offenbar noch sensibler als früher. Zum anderen scheinen Verhaltensstörungen zuzunehmen – oder man erkennt sie schneller, ordnet sie gezielter ein und will dann auch, dass etwas dagegen getan wird. Sonst drohen dem Betroffenen Schwierigkeiten im Alltag, bis hin zu Ausgrenzung, Isolation oder gar Diskriminierung.

Früher wurde ein Fehlverhalten in jeglicher Form einfach als Willensschwäche, Nachlässigkeit, bewusste Opposition, kurz: als eigenverantwortlich eingestuft. Die Konsequenzen waren entsprechend. Der Teufelskreis konnte beginnen.

Heute sieht man das differenzierter: Menschen, insbesondere in jungen Jahren, die nicht nur „alterstypisch oppositionell“ erscheinen, sondern sich - ganz offensichtlich abnorm gesteuert - nicht anpassen, nicht einfügen, nicht unterordnen, die nicht kooperativ und dem Durchschnitt entsprechen (können), fallen zwar immer noch auf, und zwar negativ und dies zu ihrem eigenen Nachteil, aber man macht sich auch mehr Gedanken darüber, welche Ursachen hier beteiligt sein könnten. Ursachen, die den Betroffenen schon zu Beginn seines Lebens bzw. seiner gesellschaftlichen Entwicklung auf ein negatives, folgeschweres Gleis abdrängen.

Manchmal fällt es aber auch schwer, hinter Absonderlichkeiten, Widerstand und Fehlverhalten etwas Krankhaftes, vielleicht sogar Hirnorganisches zu sehen, wie man die biologischen Ursachen seelischer Störungen umschreibt. Wenn sich selbst die Medizin, insbesondere die forschenden Wissenschaftler (noch) nicht einig sind, dann wird es besonders schwierig für Angehörige, Nachbarn, Freunde, Lehrer – und vor allem für den Betroffenen selber. Es fehlt ein nachvollziehbarer Grund, der das Fehlverhalten erklärt und ggf. entschuldigt.

Ein geradezu klassisches Beispiel für ein solches Phänomen ist der so genannte *Autismus* und hier vor allem das **Asperger-Syndrom**. Was versteht man darunter, wie kann man es erkennen und lässt sich etwas dagegen tun? Nachfolgend eine ausführlichere Darstellung.

HISTORISCHE ASPEKTE

Der *Autismus*, also eine krankhafte Selbstbezogenheit, ist so alt wie die Menschheit. Zum ersten Mal wissenschaftlich fundiert beschrieben wurde er vor etwa sechs Jahrzehnten, erregte in den folgenden Jahren auch in der Allgemeinheit erhebliches Aufsehen und prägte in hohem Maße vor allem die Forschung in der Psychiatrie im Allgemeinen und in der Kinderpsychiatrie im Speziellen.

Einzelheiten dazu siehe die tabellarische Übersicht am Ende dieses Kapitels.

Um die Mitte des 20. Jahrhunderts beschrieb der österreichische Kinderarzt Dr. Hans Asperger, Professor an der Universitäts-Kinderklinik Wien, eine Gruppe von Kindern, die noch ungewöhnlicher waren als die vom frühkindlichen Autismus betroffenen. Einige Stichworte dazu siehe Kasten.

Aspergers erste Hinweise

Störungen in Blickkontakt, Körpersprache, Gestik und Sprachgebrauch, und damit unfähig zum natürlichen, altersgemäßen Kontakt zu anderen. Im Einzelnen:

Der Blick konnte „fern“ sein, Körperhaltung und Gestik hatten keinen Bezug zur jeweiligen Situation, dazu ungeschickt, künstlich oder seltsam wirkend. Tonfall und Wortwahl waren trotz gut entwickelter sprachlicher Fähigkeit monoton und „frühreif-erwachsen bis geziert“ (nach H. Asperger, 1944).

Doch im Gegensatz zum so genannten infantilen (frühkindlichen) Autismus (Kanner-Autismus) war das Echo in Wissenschaft, Klinik und Praxis auf diese ersten Hinweise hin gering. Erst nach und nach untersuchte man weitere solcher Kinder und kam zu der Erkenntnis: Hier handelt es sich wohl tatsächlich um eine eigene Krankheit mit entsprechendem Beschwerdebild, weshalb man es nach dem Erst-Beschreiber „Asperger-Syndrom“ nannte.

Heute ist es in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und in dem einflussreichen Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) eine Untergruppe der so genannten tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Und dazu gehören der frühkindliche und atypische Autismus, das Rett-Syndrom, die desintergrative Störung des Kindesalters (Heller-Syndrom) und eben das Asperger-Syndrom (nach ICD-10 der WHO, die APA variiert etwas – siehe der tabellarische Anhang am Schluss dieses Kapitels).

Dabei war sich die Wissenschaft beim Asperger-Syndrom lange nicht einig, ob es sich um eine selbständige Krankheit oder um eine Variante des Autismus handelt, allerdings unter den etwas günstigeren Voraussetzungen einer normalen oder sogar hohen Intelligenz, letztlich aber doch mit den gleichen leidvollen Konsequenzen für den Alltag. Inzwischen hat man sich auf den Begriff „*Asperger-Syndrom – eine Autismus-Spektrum-Störung*“ (ASS) geeinigt.

Unter einem Spektrum versteht man neben chemischen und physikalischen Definitionen in der Allgemeinheit auch soviel wie „Buntheit, Vielfalt“. In der Medizin und vor allem Psychiatrie bezeichnet man damit einen Kreis von konkreten Störungen mit ähnlicher genetischer Umgebung, also einer Art erblichen Basis, wenngleich unterschiedlicher quantitativer und qualitativer Ausprägung, je nach Einfluss von Erbanlage und Umwelt.

DEFINITION UND KLASSIFIKATION

Die beiden tonangebenden medizinischen Institutionen dieser Welt, nämlich die WHO und APA (siehe oben) beschreiben in ihren Standardwerken das Asperger-Syndrom recht ausführlich – und leider für den Laien nicht nur sehr fachbezogen-unverständlich, sondern auch umständlich. Dies gilt sogar für die Mehrzahl der speziellen Fachliteratur. Hilfreicher sind hingegen die Ausführungen der (wenigen) Spezialisten, die glücklicherweise begriffen haben, dass man ein so vielschichtiges Leiden in vor allem früher Kindheit so allgemeinverständlich wie möglich formulieren muss, damit es auch von jenen begriffen und eingeordnet werden kann, die es als Erste sehen und die es auch am meisten angeht, nämlich Eltern, sonstige Angehörige, Freunde, Nachbarn, Kindergärtnerinnen, Lehrer u. a.

Hier springen glücklicherweise und inzwischen unverzichtbar, ja geradezu das Rückgrat allgemeinverständlicher Aufklärung und Hilfe generell bildend, die entsprechenden Verbände ein, in diesem Fall der Bundesverband zur Förderung von Menschen mit Autismus (autismus Deutschland e.V.), früher bekannt unter der Bezeichnung Bundesverband „Hilfe für das autistische Kind“, Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen e.V., Hamburg. Seine Aufklärungsschriften, seine Tagungsberichte und sonstigen vielfältigen Unterstützungsmaßnahmen sind inzwischen unverzichtbar geworden (Einzelheiten siehe Kästen und Literaturverzeichnis mit Adressen, Telefon, Fax, E-Mail, Internet u. a.).

Fasst man nun aber das Asperger-Syndrom in wissenschaftlich-klinischen Stichworten zusammen, so lautet diese:

Das Asperger-Syndrom gehört zu den so genannten tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Diese sind gekennzeichnet durch eine Verzögerung und Abweichung in der Entwicklung der frühen Kindheit.

Sie äußern sich vor allem durch drei Merkmale: Beeinträchtigung in der gegenseitigen Interaktion und Kommunikation (zwischenmenschlich) sowie eingeschränkte bzw. sich einseitig wiederholende Aktivitäten und Interessen.

Zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen zählt man den frühkindlichen Autismus (Kanner-Autismus), den atypischen Autismus, das Rett-Syndrom, die desintegrative Störung des Kindesalters (Heller-Syndrom) und das Asperger-Syndrom. Die spezifisch autistischen Störungen fasst man zu den Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) zusammen.

Dazu gehört auch das Asperger-Syndrom. Es besteht aus folgenden Symptomen (in Fachbegriffen, allgemeinverständliche Einzelheiten siehe später):

1. Mangel an Empathie, 2. abweichende soziale Interaktion, 3. abweichende verbale Kommunikation, 4. abweichende nonverbale Kommunikation, 5. Spezial-Interessen, 6. begrenzte Phantasie und 7. motorisches Ungeschick.

Was heißt das im Einzelnen?

DAS KRANKHEITSBILD: „UNGEWÖHNLICH, SONDERBAR, VERSCHROBEN, VERRÜCKT“

Zu den wichtigsten Aspekten eines Asperger-Syndroms gehören folgende Problem-Bereiche:

- **Soziale Interaktion**

Unter *Störungen der sozialen Interaktion* versteht man Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich, im Alltag, und zwar beginnend mit einem situations-angemessenen Blickkontakt, mit entsprechender Mimik und Gestik sowie Körperhaltung.

Daraus ergeben sich dann die mangelhaften Fähigkeiten, Freundschaften mit gemeinsamen Interessen zu schließen sowie gemeinsame Gefühle und Aktivitäten zu entwickeln. Es fehlt – fachlich ausgedrückt, aber gut getroffen – die „Befähigung zur Gegenseitigkeit“. Das Verhalten ist nicht der jeweiligen sozialen, gemütsmäßigen und zwischenmenschlichen Bedeutung angepasst.

So können schon die Eltern mit solchen Kindern kaum auf vorhersehbare Weise nahen Kontakt aufnehmen. Im Grunde ist aber nicht die gefühlsmäßige Seite des Kontakts das Hauptproblem, selbst wenn es deshalb häufig zwischenmenschliche Auseinandersetzungen gibt. Am meisten irritiert die Art und Weise, *wie* etwas zwischenmenschlich abläuft.

Das heißt, das Kind reagiert einfach nicht so, wie „man“ es erwartet, wie es üblich, „normal“, gewohnt ist. Das Kind hält an seinen eigenen Gewohnheiten fest und wird deshalb von allen anderen als schwierig, seltsam, sonderbar, skurril, d. h. schrullig, kauzig, verschroben, befremdlich, kurz grotesk oder gar verrückt erlebt.

Konkret: Kinder mit Asperger-Syndrom haben sowohl sprachlich wie nonverbal kommunikative Schwierigkeiten. Was heißt das?

- Die zwischenmenschlichen Kontaktprobleme auf der *sprachlichen Ebene* können beispielsweise darin bestehen, dass das Kind in Situationen oft stumm ist, wo man einen größeren Einsatz der Sprache hätte erwarten können. Ü-

berhaupt kann die sprachliche Kommunikation im Verhältnis zu Gleichaltrigen weniger entwickelt sein.

- Gleichzeitig treten aber dann, wenn gesprochen wird, bestimmte *Eigentümlichkeiten* auf. Sie sind schwer zu charakterisieren, aber man kann sie mit „irgendwie künstlich“ und „unspontan“ umschreiben.

Was man beim Asperger-Syndrom nicht findet, ist die für den infantilen Autismus sonst übliche Echolalie, d. h. eine unmittelbare Wiederholung dessen, was das Kind gerade gehört hat.

- Im Weiteren bestehen die nonverbalen (nicht auf Worte gestützten) Kommunikationsschwierigkeiten in dem etwas seltsamen Gebrauch von *Gestik* (psychomotorisch geleitete Bewegungsmuster), von *Körpersprache* und *Mimik* (Mienenspiel, Ausdrucksbewegungen des Gesichts).

Oft gibt es überhaupt keine Übereinstimmungen zwischen dem, was das Kind ausdrücken will und den begleitenden nonverbalen Signalen, d. h. Tonfall, Körperhaltung und Gesten. Offenbar ist die Fähigkeit unterentwickelt, den Inhalt einer sprachlichen Mitteilung mit den begleitenden Signalen im körperlichen Bereich gleichsam zu synchronisieren, d. h. auf eine einheitliche und damit verstehbare und nachvollziehbare Ebene zu bringen. Das stört vor allem dort, wo das Kind nicht bekannt ist und wo sich der Gegenüber erst einmal an diese „spezielle Art der Kontaktaufnahme“ gewöhnen muss.

- So wirkt das *Zusammensein mit anderen* irgendwie steif und letztlich wie auswendig gelernt. Es besteht zwar der Wunsch nach Kontakt, aber es fehlt die schlichte Fähigkeit, „natürliche“ Kontakte mit anderen zu knüpfen oder bei Gruppenaktivitäten frei und unverkrampft mitzumachen.

Das heißt aber letztlich, dass keinerlei Freundschaften auf- und ausgebaut werden können. Immer und immer wieder müssen diese Patienten resignieren und auf das verzichten, was sie bei anderen im zwischenmenschlichen Bereich auf ganz natürliche Weise verwirklicht sehen.

Die Experten, in der Regel Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie entsprechend ausgebildete Psychologen, bezeichnen dies als „qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion“. Das heißt auf den Alltag übertragen:

Unfähig, zwanglose Beziehungen zu Gleichaltrigen oder Älteren herzustellen.

Das liegt jedoch nicht unbedingt am Wunsch nach sozialem Rückzug, sondern vielmehr an der Fähigkeit der Betroffenen, die „ungeschriebenen Regeln des sozialen Miteinanders zu verstehen und sich dementsprechend zu verhalten“ (nach H. Remschmidt und I. Kamp-Becker, 2006, 2007).

- So besteht eine ausgeprägte, für alle irritierende und für die Betroffenen schmerzliche Unfähigkeit, die Gefühle anderer zu erfassen und emotional (gemütsmäßig) mitzuschwingen. Dieses Phänomen wird auch als „*Störung der Empathie*“, ein jedem gesunden Menschen mehr oder weniger mitgegebenes Einfühlungsvermögen beschrieben.

- Beim frühkindlichen Autismus geht dies in der Regel mit einer extremen Abkapselung vor der Umwelt einher. Dann fällt es zum einen zwar erst einmal weniger auf, zum anderen wird es aber schließlich auch eher als „krankhaft“ verstanden und eingestuft, einschließlich entsprechender Nachsicht. Beim Asperger-Syndrom steht dieser Rückzug weniger im Vordergrund, im Gegenteil: Diese Menschen nehmen sogar vielfältig *Kontakt auf, aber leider eben unangemessen*, wie allseits verstimmt registriert wird. „Sie sprechen gerne und viel mit anderen Menschen, reden ausführlich und weitschweifig von ihren Interessen, achten aber nicht darauf, ob ihr Verhalten der Situation angemessen ist und wie ihr Gegenüber darauf reagiert, wie die Experten (s. o.) es auf den „wunden Punkt“ bringen.

Letztlich handelt es sich also weniger um eine affektiv (gemütsmäßig) begründete Blockade als Ursache der Kontaktstörungen (wie das beispielsweise in schweren Fällen von Depression und Schizophrenie der Fall ist), eher um die *Unfähigkeit zu spontanen sozialen Kontakten*, allerdings auch überwiegend durch emotionale (Gemüts-)Defizite auf biologischer, d. h. hirnorganischer Grundlage ausgelöst (siehe später).

• Die Sprache der Asperger-Patienten

Schon Professor Asperger schilderte in seinen ersten Fallbeispielen, dass einer seiner kleinen Patienten zwar schon im 2. Lebensjahr sprechen konnte, seine Sprache aber eine überraschende bis irritierende „erwachsene Prägung“ hatte. Später formulierte das die Wissenschaft so:

- Zuerst eine altersentsprechende *sprachliche Entwicklung* für die ersten drei Jahre. Später aber wird sie immer „differenzierter“, mit z. T. erstaunlich großem Wortschatz und einer hoch entwickelten sprachlichen Formulierungsfähigkeit. Doch irgendwie hat man den Eindruck, es handle sich stets um eine „Sprache um der Sprache willen“, um Freude an oder Zwang zu hochgestochen wirkenden Wendungen; jedoch offensichtlich mit begrenztem Interesse und Gefühl für die Bedeutung des Inhalts. So wirkt diese Sprache überkorrekt, elaboriert (ausgearbeitet, durchgebildet, „überstilisiert“) und fast konstruiert.

- Die *Sprachmelodie* ihrerseits ist monoton, fast blechern eintönig und weist eine geringe Modulation (Anpassung von Tonstärke und Klangfarbe) auf.

- Die *Stimmhöhe* ist entweder zu hoch oder zu tief, jedenfalls nicht dem Inhalt angepasst.

- Überhaupt wirkt die *gesamte verbale Kommunikation* irgendwie „künstlich“ oder „unspontan“ (s. o.).

„Wenn er redete, sprach er die Worte sehr deutlich aus, Silbe für Silbe, mit einer unmodulierten, übertrieben gleichmäßigen Betonung aller Silben der einzelnen Wörter. Das Gesprochene wurde dadurch gleichförmig, was die Kommunikation mit ihm erschwerte, weil bedeutende Nuancen verloren gingen, die normalerweise in der Modulierung oder in der Sprachmelodie liegen.“

„Sein Wortschatz war altersentsprechend. Darüber hinaus konnte er recht schwierige Wörter und Wendungen aufsagen, und zwar in einer auffallend erwachsenen Form. Es klang, als hätte er auswendig gelernt, was andere gesagt hätten. Trotzdem konnte er sich ab und an ungewöhnlich korrekt und situationsangepasst ausdrücken, jedenfalls wenn es um Kommentare ging, die sich auf aktuelle Situationen bezogen oder ihn interessierten“ (modifiziert nach O.S. Jørgensen).

- Wenn oben behauptet wurde, die *Echolalie* (das automatische, sinnlose Nachsprechen von Wörtern) komme beim Asperger-Syndrom nicht, zumindest aber nicht so ausgeprägt vor wie beim infantilen Autismus, so stimmt das nicht ganz. Sie nimmt vielmehr „raffiniere“ Formen an. So redet ein Asperger-Patient so, als ob er aus einem Buch vorlese und kann sich nicht darauf einstellen, dass es sich um ein Gespräch mit einem anderen Menschen handelt. Er spricht, als würde er einen auswendig gelernten Stoff herunterleiern. Die normale Synchronisation der Sprachmelodie, bei der zwei Personen die Stimme anheben, zögern, dem Tonfall gefühlsmäßige Signale hinzufügen usw. gibt es nicht. Zumindest nicht in Übereinstimmung mit dem anderen, mit dem dieser Kontakt aufgenommen wurde.

- Ein weiterer Aspekt, der nicht nur die Sprache, sondern auch das damit verbundene „psychologische Miteinander“ einschließt, wirkt für Uneingeweihte ebenfalls irritierend bis ärgerlich, nämlich:

Ein Asperger-Patient redet wie zuvor programmiert. Er kann sich nicht auf Unterbrechungen oder zufällige Bemerkungen anderer einstellen, sondern muss starr bis zwanghaft dem eingeschlagenen Weg folgen.

- **Die Unfähigkeit, „hinter die Sprache zu lauschen“**

Ein großes Problem, weitaus folgenschwerer, als man sich das als Gesunder vorzustellen vermag, ist die so genannte „*unnatürliche Konkretisierung*“, wie man dies wissenschaftlich auszudrücken versucht. Das lässt sich etwa wie folgt umschreiben:

Der Asperger-Patient hört eher, was andere sagen bzw. treffender: was sie formulieren, als was sie damit meinen. Das ist nicht unbedingt dasselbe, wenn man beides sauber analysiert. Dem Kranken geht einfach die Fähigkeit ab, „*hinter die Worte zu lauschen*“, die Sätze des anderen zu interpretieren, zu werten und sich darauf einzustellen. Denn trotz ihrer meist guten verbalen (Sprach-)Fähigkeiten weisen Menschen mit Asperger-Syndrom ein deutliches Defizit im Sprachverständnis auf, konkret Prosodie und Pragmatik der Sprache, wie es die Experten nennen.

Die *Prosodie* umfasst die metrisch-rhythmischen Aspekte der Sprache (s. o.). Die *Pragmatik* der Sprache hingegen regelt den kommunikativen Gebrauch von Grammatik (Regelsystem der Sprache) und vor allem Semantik (Lehre von der Bedeutung der sprachlichen Zeichen und Wörter) in den verschiedenen alltäglichen Zusammenhängen. Nur wenn diese Regeln verstanden und innerhalb der jeweiligen Kultur angewendet (oder gebrochen) werden, können wir verstehen, ob jemand stichelt, einen Hintergedanken hat, höflich, humorvoll, sarkastisch u. ä. sein möchte oder ist. Und das genau ist es, was dem Asperger-Patienten abgeht.

Sie selber aber halten sich auch nur an ihre eigenen Fakten, ohne jene Begriffe zu verwenden, die gewöhnlich die Bedeutung des Gesagten nach Stimmung, Wertigkeit oder hintergründige Doppelsinnigkeit färben.

Dazu bleibt – wie erwähnt – das Vorgetragene ohne jede Gesten und sonstige Körpersignale, die dem Gesprochenen seinen eigenen Bedeutungs-Aspekt verleihen. Der eigentliche Ausdrucksgehalt der Körpersprache, die manchmal verräterisch bei der Wahrheit bleibt, während Gehirn und Mund lügen, ist also dem Asperger-Patienten gleichsam verwehrt.

Die Wissenschaftler versuchen das so zu erklären: Beim Asperger-Syndrom steht die unmittelbare sprachliche Botschaft im Vordergrund. Das was dahinter zum Ausdruck kommen soll, ist dem Patienten verborgen.

Das liegt offenbar daran, dass die psychische Entwicklung gestört ist: Einerseits geprägt von einem zwar umfassenden, aber „nur“ konkreten Sprachvermögen. Andererseits mit einer schwach entwickelten Fähigkeit zur so genannten „Mentalisierung“ (vom lateinischen: mens = Verstand), d. h. der Fähigkeit zu verstehen, dass die Sprache nur *eine* Ausdrucksform eines in Wirklichkeit viel umfassenderen psychischen zwischenmenschlichen Prozesses ist (also einschließlich Augen, Mimik, Gestik usw.).

- **Ungewöhnliche Interessen**

Ein charakteristischer Wesenszug des Asperger-Syndroms sind so genannte „*Spezial-Interessen*“, also nicht nur ungewöhnliche, sondern den Betreffenden auch völlig in Beschlag nehmende Interessen. Das kann bis zur Besessenheit

gehen, innerhalb derer der Asperger-Patient ein erstaunliches Wissen aufzubauen vermag, das weit über das hinausgeht, was für Kinder diesen Alters, ja überhaupt normal ist. Beispiele: Mathematik, Physik, Technik, Geschichte, Geographie, Literatur u. a. Manchmal sind diese Sonder-Interessen einfach auch Übertreibungen aktuell verbreiteter Interessen wie Computer, Dinosaurier, bestimmte Sportarten, Events u. a.

Das hat aber – wie bei Gesunden im Extremfall übrigens auch – gleichzeitig erhebliche Nachteile. Denn gerade beim Asperger-Patienten absorbiert dieses fast zwanghafte Bestreben nach Kenntnissen auf dem jeweiligen Spezialgebiet alle anderen zwischenmenschlichen Regungen. Es wirkt unfrei, fast willenlos fixiert bis abhängig und geschieht ohne den Wunsch, die engen Fähigkeiten sozial, d. h. zwischenmenschlich in der Ausbildung oder im Aufbau von Freundschaften, ja im normalen Alltag zu nutzen.

Die „fachliche“ Diskussion im Rahmen eines solchen Sondergebietes eines Asperger-Patienten kann zwar als sehr lebhaft imponieren, entbehrt aber beim genauen Hinhören jeglicher gemütsmäßiger Tiefe, d. h. Freude, Zustimmung, Ablehnung, Leidenschaft u. a., wie das sonst unter Experten üblich ist. Das Wissen, beispielsweise über Literatur, Opern, Motoren, sportliche oder historische Ereignisse usw. ist erstaunlich umfassend, besteht aber letztlich nur aus trockenen Fakten, die wie „eingetrichtert“ wirken.

Das kann sogar egozentrische (übersteigert ich-bezogene) Reaktionen provozieren. So reagieren manche Asperger-Patienten regelrecht wütend, wenn das besorgte Umfeld (z. B. Angehörige, Freunde, Lehrer) versuchen diese Spezial-Interessen einzudämmen oder zu regulieren, um noch etwas Energie und Zeit für „andere Dinge in diesem Leben verfügbar zu halten“.

- **Weitere Besonderheiten: Spiel- und Bewegungsverhalten, Zwänge u. a.**

Zu weiteren, ungewöhnlichen oder gar irritierenden Besonderheiten eines Asperger-Syndroms gehören beispielsweise die spezielle Art zu spielen, das Bewegungsmuster generell und die Zwänge im Alltag. Im Einzelnen:

- **Spielverhalten:** Spielen braucht Fantasie. Und Fantasie setzt die Fähigkeit voraus, sich Vorstellungen über Dinge und Ereignisse zu machen, die vielleicht noch nie erlebt wurden. Gerade das aber ist bei autistischen Kindern ganz allgemein schwach entwickelt.

Deshalb können sie auch nicht „richtig spielen“, schon gar nicht eigene Spiele erfinden, wenn sie alleine sind. Das geht wahrscheinlich auf ihre Unfähigkeit zurück, Vorstellungen oder innere Bilder von etwas noch nicht Erlebtem zu entwerfen, die erwähnte Fantasielosigkeit im hirnrorganischen Sinne. Deutlich

besser ist das Vorstellungsvermögen autistischer Kinder, wenn es um früher erlebte Ereignisse, also um Gedächtnisbilder geht.

- **Bewegungsverhalten:** Wie beim Autismus generell ist das Asperger-Syndrom von zwanghaften Mustern nicht nur im Denken und im Gefühlsleben (siehe unten), sondern auch im Bewegungsverhalten geprägt. Bei schwerbehinderten autistischen Kindern zeigen sich diese Muster auf motorischem Gebiet im Hin- und Herschaukeln des Körpers oder beim Flattern mit Armen und Händen. Autisten, die geistig weniger stark behindert sind, zeigen das Zwanghafte in eher organisierten Verhaltensmustern, z. B. im dauernden Öffnen von Türen und Schränken oder im ständigen Licht an- bzw. ausschalten.

Je höher jedoch die Begabung, wie beim Asperger-Syndrom häufig, desto komplexer werden die zwanghaften Verhaltensmuster. Stets bleiben sie jedoch rigide (starr) und stereotyp (immer wieder auftretend). Das dreht sich beispielsweise um Gewohnheiten beim Tischdecken, bei der exakten Ausrichtung von Schul- oder Kinderbüchern, um komplizierte (und zeitaufwendige) Essensgewohnheiten, um bestimmte Wendungen oder auswendig gelernte Reime, die ständig wiederholt werden müssen usw.

Das leitet zum nächsten Unterkapitel über, nämlich den

- **Zwängen:** Beim Asperger-Syndrom zeigt sich das Zwanghafte nicht so sehr im Bewegungsmuster oder Verhalten, wie bei schwerbehinderten Autisten, vielmehr im Denken und bei Spezial-Interessen. Das bedeutet, dass den Betroffenen bestimmte Themen, Gegenstände und Rituale voll in Beschlag nehmen, was Zeit und Ablauf anbelangt sowie entsprechende Veränderungs-Ängste peinigen, wenn dies nicht (mehr) möglich ist (beispielsweise nur bekannte Wege gehen). Weitere Einzelheiten siehe auch das entsprechende Kapitel über *Zwangsstörungen*.

Gleichzeitig fehlt ihnen aber das Interesse für allgemeine und alltägliche Dinge. Das Zwanghafte besteht beispielsweise darin, dass der Kontakt zu anderen Menschen nur dann möglich ist, wenn sich das Gespräch um die Spezial-Interessen des Patienten dreht. Und dann alles einseitig, weder Fragen stellend noch Einwände registrierend (geschweige denn diskutierend oder gar akzeptierend).

Vermutlich sind diese zwanghaften Muster im Verhalten und Denken ein Ersatz für mangelnde Fantasie, Neugierde und Erfindungsgabe.

- **Alltagsbewältigung:** Verbale (sprachliche) Besonderheiten, Spezial-Interessen, die starre Routine und die zwanghaften Mechanismen behindern oder verhindern schließlich alle so genannten situations-relevanten Handlungen im Alltag, d. h. das zu tun, was jeder in dieser oder jener Situation letztlich tun würde oder gar muss. Oder kurz:

Menschen mit Asperger-Syndrom leben so sehr in ihren eigenen Gewohnheiten und Mustern, dass sie den Anforderungen des Alltags selbständig nicht gewachsen sind.

HÄUFIGKEIT – GESCHLECHT – VERLAUF – PROGNOSE

Wie häufig ist das Asperger-Syndrom?

Über die *Häufigkeit* des Asperger-Syndroms in Mitteleuropa gab es lange keine fundierten Angaben. Inzwischen ist man – wie erwähnt – zu der Erkenntnis gekommen, dass Autismus-Spektrum-Störungen generell häufiger sind als bisher angenommen. Die meisten Untersuchungen liegen zum frühkindlichen Autismus vor; für das Asperger-Syndrom gibt es weniger „harte“ Daten. Man spricht von 2 bis 2,3 Betroffenen auf 10.000 Kinder im Schulalter.

Das Verhältnis der *Geschlechter* liegt bei männlich:weiblich = 8:1, d. h. Knaben auf jeden Fall um ein vielfaches häufiger.

Wie beginnt ein Asperger-Syndrom?

Die *ersten Lebensjahre* sind durchaus unauffällig. Eine gezielte Diagnose scheint erst nach dem 4. bis 6. Lebensjahr möglich zu sein. Dann erkennt man die ersten krankhaften Anzeichen deutlicher. Oft fällt es zu *Beginn des Schulalters* auf, nämlich dann, wenn die zwischenmenschlichen Beziehungen dichter werden. Und wenn das Kind mit seinen Interessen und seinem Verhalten dem zuwiderlaufen beginnt, was man als üblich, „normal“ oder zumindest vertretbar empfindet.

Zwar können schon mit zwei bis drei Jahren leichtere Anzeichen von Eigentümlichkeiten vorkommen, z. B. übertriebene Abhängigkeit von der jeweiligen Alltagsroutine, übergroße Verletzbarkeit oder Verwirrung bei Änderungen im täglichen Ablauf. Doch beginnen die meisten Erwachsenen erst im Kindergarten aufmerksam zu werden, wenn beispielsweise ein solch kleiner Asperger-Patient weniger Interesse entwickelt, sich mit Gleichaltrigen zu beschäftigen.

Außerdem empfinden viele Eltern zwar ihr Kind als „irgendwie anders als andere“, aber noch lange nicht als psychisch gestört, höchstens als ein Kind mit einer „eigenen Persönlichkeit“.

Auch ist die frühe Sprachentwicklung dieser Kinder – man muss es immer wieder betonen -, nicht auffällig, bestenfalls ein wenig verspätet. Und vielleicht die Neigung, die Sprache nicht so zu gebrauchen, wie sie in diesem Alter bereits nutzbar wäre, obgleich offensichtlich möglich. Das liegt aber „nur“ daran,

dass beim Asperger-Syndrom die entsprechenden Sprachprobleme weniger sprachlicher, mehr zwischenmenschlich-kommunikativer Natur sind.

Wie verläuft ein Asperger-Syndrom?

Über den *Verlauf* eines Asperger-Syndroms gibt es nur wenige Untersuchungen, vor allem solche, die von Kindheit und Jugend bis ins Erwachsenenalter reichen. Am ehesten sind es Einzelfall-Schilderungen von Erkrankten, deren Lebenslauf über die entscheidenden Jahre mehr oder weniger exakt dokumentiert wurde.

Daraus geht allerdings hervor, dass das Asperger-Syndrom eine chronische Störung ist, die Betroffenen also für lange Zeit, wenn nicht das ganze Leben lang davon geprägt sind. Das schließt allerdings Fortschritte in dem einen oder anderen bis dahin beeinträchtigten Bereich nicht aus. Auch Asperger-Patienten können im Umgang mit anderen Menschen, also aus der täglichen zwischenmenschlichen Erfahrung etwas lernen. Am ehesten übrigens über die Reaktion der anderen, so dass sie sich nicht mehr ganz so fremd fühlen und auch nicht mehr „in jedes Fettnäpfchen treten“, bis sie sich schließlich völlig verschüchtert gar nichts mehr getrauen.

Gesamthaft scheint die *Prognose* (Heilungsaussichten) bei den Asperger-Patienten bedeutend besser als beim frühkindlichen Autismus. Allerdings muss man im sozialen Bereich wie im praktischen Alltag wohl dauerhaft mit Problemen verschiedener Art rechnen.

SPEZIELLE ASPEKTE

- **Fortschritte und Rückfälle im Lebenslauf**

Wie schon erwähnt, sind zwischenmenschliche Fortschritte durch Reifung, das Erlernen sozialer Regeln und die Einsicht in das Verhalten anderer Menschen auch bei Asperger-Patienten möglich, und zwar bis ins Erwachsenenalter hinein.

Was ihnen fehlt, ist die Intuition (Eingebung, unmittelbare, nicht durch den Verstand vermittelte Erkenntnisse), die die Menschen mit normaler seelischer Ausstattung befähigt, mit anderen eben auch intuitiv umzugehen, d. h. vor allem Auseinandersetzungen und Konfrontationen zu meiden und damit das Leben erträglicher zu gestalten. Allerdings ermöglicht es die meist hohe Intelligenz von Asperger-Patienten den Mangel an Spontaneität und Situationsgefühl zeitweilig so gut zu kompensieren, dass die Betroffenen nach und nach nicht mehr sonderlich auffällig erscheinen.

Das kann jedoch rasch wieder zusammenbrechen, nicht zuletzt in ganz gewöhnlichen Alltagskrisen. Dies vor allem dann, wenn solche Situationen noch nicht willentlich und intellektuell durchtrainiert und damit gelernt werden konnten. Dann drohen unter Umständen sogar psychose-nahe Verwirrtheits- und Chaos-Zustände. Denn auch scheinbar kompensierte Asperger-Patienten sind nach wie vor rigide (starr) in ihrer Adaptionsfähigkeit (Anpassungsfähigkeit) und deshalb auch weiteren seelischen Störungen fast hilflos ausgeliefert. Eine Entwicklung zur Schizophrenie kommt jedoch selten vor, auch wenn es sich um vorübergehende psychose-ähnliche Zustände handelt (siehe später).

Ein weiteres Problem sind plötzliche, unvorhersehbare und ungewohnte Anforderungen, die einer solch zerbrechlichen Persönlichkeit „auf dünnem Eis“ rasch über den Kopf wachsen können, besonders wenn sie längere Zeit anhalten oder kurz hintereinander hereinbrechen, ohne Erholungsmöglichkeiten dazwischen. Dann drohen auch mal langwierige Gemütsstörungen.

Am häufigsten sind depressive Zustände bis hin zu Selbsttötungsgedanken. Ähnliches gilt auch für Angststörungen, insbesondere schwere Panikattacken (siehe die entsprechenden Kapitel).

Darüber hinaus spielt das „dünne Eis“ zwar eine stabilisierende Rolle, wenn man ein ruhiges Leben schätzt, kann aber auch deprimierend inhaltslos sein, wenn man es ein wenig „dynamischer“ möchte. Dies betrifft vor allem den zwischenmenschlichen Bereich, konkret die Unfähigkeit zum natürlichen Kontakt mit anderen Menschen, was so manchem Asperger-Patienten psychosoziale Entbehrungen, gemütsmäßige Defizite und eine permanente Traurigkeit bringt.

- **Zwischen krank, normal und begabt**

Wie überall im Leben – seelisch, körperlich, sozial – gibt es nur selten ein „entweder-oder“, meist fließende Übergänge und wechselnde Schwerpunkte. So auch beim Asperger-Syndrom. Keines ist wie das andere. Zur Frage der Grenzen zwischen „normal“, krank und begabt einige Anmerkungen:

Das Asperger-Syndrom ist so definiert, dass die Betroffenen seelisch und sozial derart behindert sind und bleiben, dass sie nicht ohne fremde Hilfe ihr Leben unter normalen Bedingungen meistern können. Dabei gibt es aber das breite Spektrum zwischen begabt über normal bis krank.

Selbstverständlich gibt es auch Menschen mit einem Asperger-Syndrom, die sich durchaus zurechtfinden und eigentlich als „fast normal“ gelten. Solche Übergangsformen zeigen Wesenszüge des Krankheitsbildes, doch eine besondere Hilfestellung brauchen sie nicht. So haben sie zwar einen eigentümlichen, aber letztlich befriedigenden Kontakt zu anderen Menschen. Auch zeigen sie bestimmte Interessen, Aktivitäten oder Gewohnheiten, die in ihrem

Leben einen großen, vielleicht überdimensionierten Raum einnehmen, ohne aber zu einseitig oder gar krankhaft eingeeengt zu wirken.

Das heißt, dass sie ihre speziellen Interessengebiete oder auch nur ein einziges durchaus positiv ausleben können, u. U. zu ihrem eigenen Vorteil oder gar zum Nutzen der ganzen Menschheit (Entdeckungen, Erfindungen, Verbesserungen). Vor allem dürfen sie ihr eigenes Leben führen, bei glücklicher Partnerwahl, in der eigenen Familie und darüber hinaus auch gesellschaftlich integriert, wenn nicht gar mit Ruhm und Ehre belohnt.

Manchmal sind gewisse Asperger-Persönlichkeitszüge sogar mit Talent und Kreativität kombiniert. Das kann dann eine überaus nützliche, erfolgreiche, vielleicht sogar geniale Ausgangslage sein. Autistische Züge diskutiert man beispielsweise bei Gottfried Benn, Friedrich Hölderlin, Conrad Ferdinand Meyer, August Strindberg, Georg Wilhelm Friedrich Hegel, Friedrich Nietzsche, Jean-Jacques Rousseau, Arthur Schopenhauer, Adolf Hitler(?), William Pitt dem Älteren und Jüngeren, Anton Bruckner, Ludwig Wittgenstein u. a. (wobei in solche so genannte Pathographien mitunter sehr unterschiedlich fundierte Forschungserkenntnisse eingehen; interessant ist es trotzdem, sich hier seine eigenen Gedanken zu machen).

Doch selbst zwischenmenschlich beeinträchtigte, vielleicht sogar psychosozial behinderte Menschen mit Asperger-Syndrom können in der Tat beachtliche Fähigkeiten besitzen, die sie trotz ihrer schweren Kontaktstörung entwickelt haben. Das können gedächtnis-bezogene Talente sein (extrem gutes Erinnerungsvermögen, die Fähigkeit bestimmte Daten zu speichern, abzurufen und gezielt einzusetzen), es können musikalische Begabungen sein, bis hin zu künstlerischen Fähigkeiten, zu instrumenteller Virtuosität, Talent zum Komponieren u. a. Oder auf anderen künstlerischen Gebieten mit z. T. unfassbaren Detail-Leistungen, die ein Gesunder in der Regel nicht aufzubringen bzw. durchzuhalten im Stande ist.

Grundsätzlich scheinen sich jene Asperger-Patienten am besten zu stellen, d. h. die erfolgreichsten Kompensationsmöglichkeiten bestimmter Asperger-Symptome zu haben, die über eine normale bis hohe Intelligenz verfügen. Oder umgekehrt: Ein Asperger-Syndrom mit geringer geistiger Ausstattung tut sich oftmals schwerer, nachvollziehbarerweise.

Man nimmt an, dass die meisten Betroffenen lediglich einzelne Wesenszüge des Asperger-Syndroms aufweisen und damit „unkonventionelle Persönlichkeiten“ werden, die sich ganz gut zurechtfinden, auch wenn sie nicht immer leicht mit anderen Menschen auskommen (und sich oft als außerhalb der Gemeinschaft stehend fühlen).

Dann sind es aber auch ihre Spezial-Interessen, die ihr Leben in faszinierender Einseitigkeit bestimmen und vielleicht ihre Einsamkeit erleichtern. In au-

Bergewöhnlichen Fällen kann es dann wohl auch zu besonderen Begabungen kommen, meist auf philosophischem, lyrischem oder musikalischem Gebiet.

- **Asperger-Syndrom und Gewalt?**

Mitunter wird von *gefährlichen Asperger-Patienten* berichtet, vor allem dann, wenn sich eine entsprechende Persönlichkeitsstruktur mit unheimlichen bis gefährlichen Spezial-Interessen verbindet, z. B. Vergiftungs-Experimente oder Brandstiftung. Dann kann sich schon einmal die Kombination von starrer thematischer Besessenheit, die praktisch den gesamten Lebensinhalt darstellt, mit naiven Ansichten von Umwelt, Gefährdungsmöglichkeiten und mitmenschlichen Reaktionen und vor allem die mangelhafte Einfühlung in die seelische Verfassung anderer zu einem Risiko verdichten, das auch gefährlich auszugehen vermag – wenngleich insgesamt wohl selten.

Die Experten zu diesem Thema beklagen dann allerdings auch die mangelhafte Kenntnis nicht weniger forensisch (gerichtsgutachterlich) tätiger Ärzte und Psychologen, die ein Asperger-Syndrom nicht erkennen und den Betroffenen dann weder für geistig behindert, noch geisteskrank und damit schuldunfähig ansehen. Dann ist er also für alles voll verantwortlich und wird entsprechend verurteilt. Das ist das eine Problem.

Das andere beginnt mit der Verurteilung bzw. dem Gefängnisaufenthalt. Man kann sich gut vorstellen, dass sich in der leider üblichen Atmosphäre einer Vollzugsanstalt und den dortigen, von der Verwaltung nur unzureichend steuerbaren Bedingungen ein Mensch mit Asperger-Syndrom den Übergriffen von Mitgefangenen besonders hilflos ausgesetzt fühlt.

ASPERGER: WELCHE URSACHEN WERDEN DISKUTIERT?

Bei den *Ursachen* muss man unterscheiden in seelische, organische und psychosoziale sowie ihre Folgen, was sich gerade bei einer solchen Störung zu einem Teufelskreis verdichten kann.

Leider ist dieses Kapitel schnell abgehandelt. Denn bisher gibt es noch wenige systematische Untersuchungen zu diesem Thema. Die klinische Erfahrung deutet jedoch darauf hin, dass es vor allem biologische Ursachen sind, also Beeinträchtigungen des Zentralen Nervensystems oder konkret: bestimmter biochemischer Substanzen (Fachbegriff: Neurotransmitter) in entsprechenden Strukturen des Gehirns (Fachbegriffe: limbisches System = Überbegriff für verschiedene Gehirnareale, die u. a. für geistige und seelische Funktionen zuständig sind; ferner Cerebellum = Kleinhirn, Großhirn u. a.).

Damit rücken die Hypothesen bezüglich Ätiologie (Ursache) und Pathogenese (Krankheitsverlauf) immer mehr in Richtung: *Autistische Störungen sind Hirnfunktions-Störungen.*

Dabei galt noch bis in die 60er Jahre des 20. Jahrhunderts die (häufig gnadenlos vertretene) These: Autismus entstehe aufgrund der emotionalen Kälte der Mutter (so genannte „Kühlschrank-Mutter“). Das ist widerlegt, das hat noch nie einen nachweisbaren Grund gehabt.

Dabei hat schon Professor Dr. H. Asperger 1944 darauf hingewiesen, dass die von ihm damals beschriebene „Autistische Psychopathie“ einen genetischen Hintergrund habe. Soziale und psychologische Faktoren seien zwar nicht ohne Einfluss auf den Verlauf der Störung, jedoch nicht ursprünglich auslösend bzw. verantwortlich.

Die bisher vorliegenden Ergebnisse sprechen überwiegend für die Beteiligung von genetischen Faktoren (s. u.), für Hirnschädigungen oder Hirnfunktionsstörungen, für biochemische Anomalien, neuropsychologische Defizite und bestimmte körperliche Erkrankungen.

Diskutiert werden beispielsweise eine Unterfunktion der Schilddrüse, so genannte neurokutane Erkrankungen mit Gewebsveränderungen in Haut und Gehirn, Hirnblutungen beim Neugeborenen sowie eine Reihe anderer Erkrankungen, die die Entwicklung des Gehirns beeinträchtigen.

Wahrscheinlich spielen auch die erwähnten *erbliche Faktoren* eine Rolle: Während zum frühkindlichen Autismus inzwischen eine ganze Reihe von Familien- und Zwillings-Studien vorliegen, ist dies beim Asperger-Syndrom allerdings noch nicht der Fall. Vor allem Einzelhinweise deuten darauf hin, dass unter Verwandten von Kindern mit Asperger-Syndrom nicht selten Personen mit ähnlichen seelischen Störungen gefunden werden. Auch scheinen sich Familienangehörige mit manisch-depressiven Zuständen zu häufen (nicht aber mit einer schizophrenen Psychose, was eigentlich noch nahe liegender wäre).

Gesamthaft gesehen noch einmal das derzeit gängige Meinungsbild der Experten:

Das Asperger-Syndrom scheint sich aus verschiedenen krankhaften Faktoren und deren pathologischer Vernetzung zusammensetzen. Auf jeden Fall ist es biologisch, nicht psychosozial ausgelöst, auch wenn der individuelle Leidensweg dann seine eigenen verstärkenden Wechselwirkungen auslöst.

ASPERGER – WAS KÖNNTE ES SONST NOCH SEIN?

Zur Frage, was könnte es sonst noch sein (Fachbegriff: Differentialdiagnose), bieten sich als erstes die anderen Störungen mit Autismus an, insbesondere der so genannte infantile (frühkindliche) und atypische Autismus. Allen Autis-

mus-Formen, die zur Gruppe der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen gehören, sind – wie wir schon gehört haben – gemeinsam

1. abweichendes Sozialverhalten
2. gestörte Kommunikation
3. rigide (starre) und zwanghafte Verhaltens- und Interessenmuster

Infantiler und atypischer Autismus sowie das Asperger-Syndrom sind nicht nur nahe verwandt, sie sind möglicherweise nur die unterschiedlichen Erscheinungsformen im Spektrum eines psychischen Grundleidens (s. u.).

Daneben gilt es noch Krankheitsbilder und Syndrome (also bestimmte Symptom-Muster) abzuklären wie elektiver Mutismus, Zwangszustände, Anorexia nervosa, Schizophrenie, paranoide und Borderline-Zustände, das Tourette-Syndrom, ADHS, der früher so genannte frühkindliche Hirnschaden (minimal brain dysfunction) u. a. Im Einzelnen:

- **Frühkindlicher (infantiler) Autismus (Kanner-Syndrom)**, benannt nach seinem Erstbeschreiber L. Kanner, 1943): Der frühkindliche Autismus ist eine angeborene Behinderung, die sich wahrscheinlich schon vor dem 2. bis 3. Lebensjahr zeigt. Das Asperger-Syndrom aber erst ab dem 3. bis 5. Jahr. Beide zeigen Störungen im Sozialverhalten, sprachliche Abweichungen und Zwangssymptome. Unterschiede bestehen lediglich in der Art, wie sich diese Krankheitszeichen ausprägen.

Beim frühkindlichen Autismus ist die Kontaktstörung viel umfassender, was sich schon bei Kleinkindern zeigt. Sie reagieren nicht auf die Stimme der Eltern, sehen sie nicht direkt an, strecken ihnen nicht die Arme entgegen, zeigen keine Gegenseitigkeit im Blick- oder Körperkontakt. Sie machen sozusagen nur einen „instrumentellen“ Gebrauch von anderen Personen, benützen also die Eltern ohne ihnen ins Gesicht zu sehen und z. B. um Hilfe zu bitten. Stattdessen führen sie mechanisch die Hände der Eltern zu jenem Gegenstand, den sie haben möchten.

Die Sprachentwicklung ist verspätet. Worte und Sätze fallen oft in Form der so genannten Echolalie (dem echoartigen Nachsprechen) ohne Zusammenhang mit der jeweiligen Situation, nur als stereotype Wiederholung von Worten und Sätzen, die zuvor gehört wurden. Das autistische Kind entwickelt viele Verhaltenseigenheiten, zwanghafte Züge und gewisse Rituale, die auch viel Zeit beanspruchen. Dafür gibt es kaum spontanes und situationsangemessenes Verhalten.

Deshalb wirken frühkindlich autistische Kinder sehr auffällig, teils durch ihre sonderbare Kontaktform, teils durch Bewegungs-Stereotypien (z. B. auf Zehenspitzen gehen) oder durch plötzliche oder unmotiviert klatschende oder flatternde Handbewegungen.

Kinder mit einem Asperger-Syndrom hingegen wirken auf den ersten Blick weit weniger „unnatürlich“. Erst wenn man sie näher kennen lernt, werden einem ihre Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen sowie kommunikativen und Denk-Bereich deutlicher. Kinder mit Asperger-Syndrom zeigen nur leichte autistische Symptome im engeren Sinne. Sie haben einen besseren gemütsmäßigen Kontakt und ein immer noch formelles, letztlich „korrekteres“ Sozialverhalten als ein Kind mit infantilem, d. h. frühkindlichem Autismus.

- **Atypischer Autismus:** Darunter versteht man – wie schon der Begriff ausdrückt –, einen Autismus, der nicht dem herkömmlichen Bild entspricht. Dazu gehören nicht nur schwere Behinderungen, sondern auch normale Intelligenz und sogar besonders begabte Kinder und Erwachsene. Manche Wissenschaftler sind der Ansicht, der atypische Autismus entspreche dem Asperger-Syndrom.

- **Bindungsstörungen:** Darunter versteht man heute jene Zustände, die man früher „frühe Frustration“, „frühe Deprivation“ (Entzug z. B. von Zuwendung und Liebe) oder bloß „frühe Schädigung“ nannte. Gemeint ist eine Störung zwischenmenschlicher Bindungsfähigkeit an andere. Sie besteht darin, dass zwar leicht Beziehungen aufgenommen werden, auch zu Fremden, aber wahllos und unverpflichtend, d. h. ohne dem Kontakt viel Wert beizumessen.

Dabei handelt es sich wahrscheinlich um eine Gruppe mit unterschiedlichen Ursachen. So kann es sich um Kinder handeln, die von Eltern mit schwerer Geisteskrankheit oder Drogenmissbrauch vernachlässigt wurden. Es können aber auch organische Störungen eine Rolle spielen oder beides.

- **Elektiver Mutismus:** Dabei handelt es sich um eine seltene und eigentümliche Form abweichenden Sozialverhaltens, die schon im 3. bis 4. Lebensjahr zu beobachten ist. Um diese Zeit hören die Kinder auf, mit anderen zu kommunizieren, mit Ausnahme vielleicht der engsten Verwandtschaft. Das Kind redet z. B. mit Eltern und Geschwistern, nicht aber mit anderen Kindern (daher die Bezeichnung elektiv oder selektiv).

Manche zeigen schon früh sprachliche Auffälligkeiten (z. B. späte Sprachentwicklung oder Schwierigkeiten im Ausdruck) sowie eine Scheu vor Fremden und werden verlegen, wenn sie plötzlich im Mittelpunkt stehen. Andere wirken stur und rigide, alles soll so bleiben, wie es ist. Anforderungen, die neue Situationen mit sich bringen, müssen nach eigenen Vorstellungen erfüllt werden, sonst läuft gar nichts, außer ggf. Aufregung, Ärger und Chaos.

Glücklicherweise ändert sich das im Verlaufe des Älterwerdens, manchmal sogar spontan. Um was es sich hier in seelischer oder organischer Hinsicht handelt, ist weitgehend unbekannt.

- **Zwangsstörungen:** Einzelheiten zu diesem Krankheitsbild siehe das spezielle Kapitel. Patienten mit ritualisierten Zwangshandlungen können dabei einem begabten Autisten durchaus ähneln. Es gibt aber entscheidende Unterschiede. Vor allem haben Zwangspatienten, von der leichteren Zwangsstörung bis zur zwanghaften Persönlichkeitsstörung, nicht jene sozialen und kommunikativen Defizite, wie sie einen Asperger-Patienten beeinträchtigen.

Außerdem gibt es Unterschiede, wie ein Zwangskranker seine zwanghaften Spezial-Interessen erlebt. Dort werden sie nämlich als belastendes Krankheitszeichen empfunden, als etwas Fremdes, Störendes, Unkontrollierbares, als zermürend und das Leben beeinträchtigend.

Menschen mit Asperger-Syndrom hingegen empfinden ihre Spezial-Interessen als etwas Attraktives, mit dem sie sich gerne beschäftigen, auch wenn sie sich nur teilweise befriedigt fühlen. Denn im Grunde gibt es für sie nur wenig bzw. gar nichts, was ihnen ansonsten entsprechende Freude bereiten könnte. Sie erleben ihre Spezial-Interessen als Teil ihrer Persönlichkeit, nicht als Symptom wie ggf. beim Zwangskranken.

- **Anorexia nervosa:** Einzelheiten zur Magersucht siehe das entsprechende Kapitel. Wichtig ist ein geschlechtsspezifischer Unterschied: Bei der Anorexie dominieren Mädchen, beim Asperger-Syndrom Jungen. Es gibt allerdings Symptom-Parallelen, die zumindest kurzzeitig irritieren können. Doch das lässt sich im Allgemeinen schnell klären.

Relativ neu aber ist die Erkenntnis, dass beide Störungen, nämlich Asperger-Syndrom und Anorexia nervosa zusammentreffen können, immerhin in etwa 15 % der Fälle. Hier gibt es also noch Forschungsbedarf.

- **Frühkindliche Hirnschädigung (minimal brain dysfunction):** Darunter verstand man früher Konzentrations- und Bewegungsstörungen, eventuell auch Hyperaktivität und Lernschwierigkeiten. Inzwischen nennt man so etwas – zumindest einen Teil dieser Patienten betreffend – Hyperaktivitäts-/Aufmerksamkeitsstörung (ADHS). Eine kleine Gruppe mit diesem Leiden erinnert auch an einige Symptome des Asperger-Syndroms. Sie lassen sich leicht ablenken, sind bewegungsunsicher, zwischenmenschlich sowohl verbal als auch nonverbal beeinträchtigt, können eigenartige und sture Gewohnheiten und zwanghafte Interessen aufweisen u. a.

Die Forschung bezüglich Diagnose und vor allem Differentialdiagnose von AD(H)S ist aber inzwischen so weit fortgeschritten, dass man beide Leiden relativ scharf abgrenzen kann. So sind Kinder mit ADHS in der Regel zu einem fantasievollen und kreativen Spiel fähig. Auch liegen keine grundlegenden Defizite im Bereich zwischenmenschlicher Zuwendungsfähigkeit vor. Auch das nonverbale Verhalten mittels Mimik, Gestik usw. wird erfolgreich eingesetzt. Und es fehlen in der Regel die beim Asperger häufig alles dominierenden Ver-

änderungsängste, Zwänge oder sonstige unverständlich starre Verhaltensweisen.

Möglicherweise gibt es aber auch fließende Übergänge und nicht selten beide Krankheitsbilder parallel zugleich (so genannte Co-Morbidität, siehe später).

- **Tourette-Syndrom:** Einzelheiten siehe die speziellen Kapitel. Hier handelt es sich wahrscheinlich um eine hirnorganische Störung, manchmal kombiniert mit einem hyperkinetischen Syndrom (ADHS / „Zappelphilipp“) und/oder Zwangszuständen. In seltenen Fällen kommt es zu einer Kombination von Tourette- und Asperger-Syndrom. Offen bleibt die Frage, ob es sich um Zufälle handelt oder ob beide Störungen öfter zusammen auftreten als bisher erwartet (s. u.).

- **Schizophrenie:** Wenn ein Mensch als „eigenartig“, „ungewöhnlich“, „sonderbar“ oder gar „verrückt“ auffällt, so ist es nicht verwunderlich, wenn vor allem Laien ihm die Diagnose „Schizophrenie“ anhängen. Ähnliches gilt sogar für Ärzte und Psychologen mit wenig psychiatrischen Kenntnissen. Einzelheiten zu den Schizophrenien siehe das ausführliche Kapitel. Wo aber gibt es nun Überschneidungen oder Unsicherheiten zwischen Asperger-Syndrom und schizophrener Psychose (Geisteskrankheit)?

Die Schizophrenie ist vor allem durch psychotische Symptome charakterisiert wie Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen, besonders akustische, also Stimmen), ferner Wahnvorstellungen oder die „ver-rückte“ Wahrnehmung eigener Gedanken oder Gefühle, die vor allem von außen gesteuert sein sollen („fremde Mächte“).

Beim Asperger-Syndrom kommen solche wahnhaften Vorstellungen oder Sinnestäuschungen nicht vor. Allerdings können diese Patienten auch dekomensieren und damit in psychose-ähnliche Zustände geraten. Dies vor allem dann, wenn sie aufgrund (scheinbar) unüberwindbarer äußerer Anforderungen unsicher, verwirrt und ratlos, vielleicht auch übermäßig angespannt, fast chaotisch werden. Doch nachdem die sichere Routine des Alltags wiederhergestellt ist, verschwinden auch diese peinlichen Verwirrtheitszustände und das gewohnte starre, aber eben für sie auch hilfreiche Verhaltensmuster kehrt zurück.

Um solche Verwirrtheitszustände von psychotischen Symptomen einer Schizophrenie abgrenzen zu können, nannte man das im englischsprachigen Bereich „chaotic states“, also Chaos-Zustände.

Wenn nun ein Patient mit Asperger-Syndrom solche Chaos-Zustände durchleben muss, dann gilt es sie zwar adäquat zu behandeln (z. B. mit antipsychotischen Neuroleptika, vielleicht sogar vorübergehend in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus), doch sie vergehen wieder und es bleibt diesbezüglich nichts zurück.

Ein anderes, verwechslungs-trächtiges Problem ist das erwähnte Sonderbare, Eigenartige, Starre in der Seele der Asperger-Patienten, was sehr an den psychotischen „Autismus“ schizophrener Erkrankter erinnert. Dieser Autismus der Schizophrenen hat aber eine andere Bedeutung wie die Autismus-Formen der tiefgreifenden Entwicklungsstörung.

Der Begriff *Autismus im Rahmen einer schizophrenen Psychose* bezieht sich zwar auch auf eine „innere Welt“, die zuletzt nur wenig Aufmerksamkeit und Interesse für die Umgebung zulässt. Doch hier kreisen die Gedanken um eigene Gefühle, Empfindungen und Vorstellungen, es ist eine Art „krankhafte Privatheit“, die das gesamte Denken und Gefühlsleben, letztlich die ganze Lebensführung prägt.

Das hat – wie gesagt – manche Parallele zum Asperger-Syndrom, aber ohne die drei Kardinal-Symptome einer Schizophrenie: Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Gedankenbeeinflussung. Sie sind fast immer oder zumindest zeitweilig vorhanden und erleichtern die Diagnose einer Schizophrenie. Sie kommen aber nicht beim Asperger-Syndrom vor, weshalb auch bei autistischen Parallelen die Unterscheidung zwischen beiden Erkrankungen nicht schwer fallen dürfte.

- **Paranoide Zustände:** Paranoide Zustände, „Paranoia“ oder wahnhaftes Störungen, wie dies heute genannt wird, sind – exakt diagnostiziert – nicht so häufig, aber auch nicht zu vernachlässigen. Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel. Auf jeden Fall geht es hier um Vorstellungen, die im Verhältnis zu normalen Auffassungen als „verrückt“ gelten. Doch diese Patienten sind davon wahnhaft überzeugt und nicht zu korrigieren (nur durch eine erfolgreiche antipsychotische Neuroleptika-Behandlung). Beispiele sind Eifersuchts-wahn, Verfolgungswahn, Größenwahn u. a., wobei aber im Gegensatz zur schizophrenen Psychose keine weiteren schizophrenie-typischen Symptome auftreten (also auch keine Sinnestäuschungen, keine Gedankenbeeinflussung u. a.).

Bei den verschiedenen Autismus-Formen kommt es schon auch mal vor, dass der Betreffende eine sonderbare Auffassung über irgendetwas in seiner Umwelt äußert. Auch hier ist es schwierig, den Patienten zum Umdenken zu bringen. Doch dies geht auf Missverständnisse von früher Gehörtem oder Gesehenem zurück. Und die sind nicht so unkorrigierbar wie bei wahnhaften Störungen.

Schwierig ist die Korrektur bei autistischen Menschen lediglich dadurch, dass sie die Hilfsangebote nicht verstehen und den richtigen Sachverhalt nicht begreifen können. Hier geht es also weniger um wahnhafte Gewissheit, mehr um eine kindlich-unfähige Auffassungsgabe und Naivität.

- **Borderline-Störung:** Einzelheiten zu den früher psychose-nahe Neurosen genannten jetzigen Borderline-Störungen siehe das entsprechende Kapitel. Früher diagnostizierte man übrigens bei vielen Patienten, die man heute für Borderline-Kranke hält, eine Schizophrenie. Heute gewinnt diese Diagnose immer mehr an Bedeutung – aber auch gelegentlich an Unterscheidungsschwierigkeiten.

Dabei gibt es aber letztlich wenig Gemeinsamkeiten: Erwachsene Asperger-Patienten beispielsweise sind immer in ihrem zwischenmenschlichen Kontakt gestört, nicht aber auf die intensive und oft wechselnde Art und Weise wie beim Borderline-Patienten. Instabiles Lebensgefühl, eventuell auch Suchtprobleme sind bei Asperger-Patienten ungewöhnlich. Etwas schwieriger wird es beim Gefühl der Leere, bei depressiven Neigungen und den erwähnten Chaos-Reaktionen, was sich bei beiden Krankheitsbildern finden lässt, besonders in gefühlsmäßig belasteten oder sozial unsicheren Situationen.

Auch im Allgemeinen ist das Bild, das ein Borderline-Patient (zumeist weiblichen Geschlechts) bietet, „psychodynamisch viel aufgeladener“ als bei der mehr naiven Grundstruktur der Autisten (überwiegend männlichen Geschlechts).

CO-MORBIDITÄT: WENN EINE KRANKHEIT ZUR ANDEREN KOMMT

Im vorangegangenen Kapitel wurde schon mehrfach darauf hingewiesen, dass es nicht so selten ist, wenn ein Mensch von zwei oder gar mehreren Leidensbildern betroffen ist. Das nennt man Co-Morbidität.

Zu dem Phänomen, dass zu einer Krankheit eine zweite tritt, gehört als Auslöser oft auch eine Mehrfach-Belastung. Beispiele: Krisenzeiten, entweder durch äußere Umstände (Trennung oder Scheidung der Eltern, Geburt oder Tod in der Familie, aber auch „nur“ Umzug) oder überwiegend innere Beeinträchtigungen, die es zu bewältigen gilt wie Einschulung, Umschulung, aber auch Pubertät, Ablösung vom Elternhaus usw.

Dadurch können zum einen bereits bestehende Symptome verstärkt werden (z. B. Hyperaktivität, Selbstaggression, Intensivierung von ritualisierten Verhaltensweisen), zum anderen neue Krankheitszeichen auftreten, die eine eigene Krankheitswertigkeit zu entwickeln vermögen (Beispiele: affektive Störungen wie Depressionen, aber auch Angst- und Zwangsstörungen).

Nach den bisher vorliegenden Erkenntnissen haben sich vor allem folgende Krankheitsbilder mit einem Asperger-Syndrom verbunden: schizophreniforme psychotische Episoden, psychotische (früher endogen genannte) Depressionen, bipolare Störungen (d. h. manisch-depressive Erkrankungen), Zwangsstörungen und das Tourette-Syndrom. Und nicht zu vergessen die erwähnte Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS).

Am häufigsten finden sich Zwangsstörungen, Tourette-Syndrom, ADHS und Depressionen. In der Kindheit sind es vor allem ADHS, bei Jugendlichen, Heranwachsenden und im frühen Erwachsenenalter Depressionen, die zugleich als für sich abgrenzbare Leiden belasten.

DAS ASPREGER-SYNDROM ERKENNEN, VERSTEHEN, UNTERSUCHEN UND BEHANDELN

Verwirrung – Irrtümer – Zeitverlust

Selten gilt ein alter medizinischer Merksatz so zwingend wie beim Asperger-Syndrom: Kennen → Erkennen → Anerkennen → Behandeln. Das heißt:

Die wichtigste Voraussetzung ist das Wissen, die Kenntnis um das Asperger-Syndrom, und ist es noch so selten, so wenig bekannt und vielleicht sogar umstritten. Nur Wissen macht aber auch eine Differenzierung möglich, d. h. die Beantwortung der Frage: Was könnte es denn noch sein und was kommt ggf. gar zusammen vor (s. o.)?

Die ersten, die sich Gedanken machen müssen, sind natürlich die Eltern. Und die sind vielleicht nach und nach verwundert, beunruhigt, verunsichert, besorgt oder verwirrt, aber an eine Krankheit, geschweige denn an einen Autismus (was immer man sich auch in der Allgemeinheit darunter vorstellt), daran denkt niemand – bzw. will niemand denken.

Danach sind es die Kindergärtnerinnen, die sich ihre Gedanken machen (müssen). Und schließlich die Lehrer in der Grund- und Hauptschule. Zu dieser Zeit aber dürfte den meisten klar sein: Hier spielt sich etwas Ungewöhnliches ab, keine normale kindliche Entwicklung im seelischen, körperlichen und schließlich zwischenmenschlich-psychozialen Bereich.

Doch es geschieht nichts, zumeist nichts. Später machen sich nicht wenige Eltern heftige Vorwürfe, sie seien für die anormale Entwicklung ihres Kindes verantwortlich. In diesem Schuldgefühl können sie auch noch von ihrer ahnungs- und vor allem kenntnis-losen Umgebung bestärkt werden, die zum einen von diesem Krankheitsbild noch nie gehört hat und zum anderen nur sieht, was sich hier abspielt, langsam peinlich oder gar ärgerlich auffällt und was nicht rechtzeitig dagegen getan wurde.

Aber auch dem Betroffenen geht es nicht gut, nicht nur krankheitsbedingt, auch was die Reaktion des Umfelds anbelangt. Man wird ihm vorwerfen, andere nicht verstehen zu wollen, auf andere keine Rücksicht zu nehmen, sich selber nicht zusammenzunehmen, anzupassen u. a. Dadurch kann das Kind, das vielleicht ohnehin mit geringem Selbstwertgefühl ausgestattet ist, noch mehr Minderwertigkeitsgefühle bekommen, muss es doch langsam glauben, selbst daran schuld zu sein, wenn es nicht versteht, was sich in seiner Umgebung abspielt – und deshalb oft das Falsche tut, ein Teufelskreis.

Besonders schwerwiegend können die Konsequenzen dann werden, wenn sich beispielsweise das Jugendamt einschaltet, weil es seelische Schwierigkeiten im familiären Umfeld vermutet (wo es vielleicht zusätzlich noch Probleme anderer Art gibt). Eltern von Kindern mit Asperger-Syndrom laufen leicht Gefahr, missverstanden und angeklagt zu werden, sie seien am Zustand ihres Kindes selber schuld. Dies vor allem dann, wenn die Sozialarbeiter und Psychologen in den entsprechenden Beratungsstellen zu wenig von diesem Leiden Kenntnis haben.

Wer muss befragt werden, was gilt es zu beachten?

Was gilt es nun zu erfragen, zu untersuchen, für sich zu schlussfolgern und konsequent(!) in Angriff zu nehmen?

- Als Erstes – wie erwähnt – das Erkennen. Das heißt: eine gründliche *Untersuchung* mit einer ausführlichen Beschreibung der seelischen Entwicklung. Das geschieht im Kindes- und Jugendalter grundsätzlich, wird aber bei erwachsenen Asperger-Verdächtigen leicht versäumt. Auch ist es oft schwierig, an solche Informationen heranzukommen. Die einen wissen nicht viel, die anderen verdrängen das, was sie wissen. Viele sind gar nicht in der Lage, die Bedeutung der Fragen und ihre Schlussfolgerungen zu erfassen. Doch es muss sein, und zwar:

- Vor allem die Beschreibung der Eltern vermittelt wichtige Informationen für die Diagnose, was Kontakt-Formen, Zwangsmuster und die Sprache des Kindes anbelangt.

- Danach muss der Untersucher (in der Regel ein entsprechend ausgebildeter Kinder- und Jugendpsychiater) sich selber durch ein Gespräch oder besser mehrere Gespräche mit dem Patienten einen Eindruck verschaffen.

- Wichtig sind auch ergänzende aktuelle Berichte anderer Personen, die den Patienten in seinem Alltag erleben. Wenn es sich um Kinder handelt, müssen konkrete Informationen aus Kindergarten, Schule oder Freizeit eingeholt werden. Dabei gilt es folgende Regel zu beachten:

Viele Patienten mit einem Asperger-Syndrom sind (nach und nach) ausgesprochen geübt darin, in Standard(!)-Situationen mit durchaus formalem Verhalten und konventionellem Benehmen zu reagieren.

So entsteht oft der (irrtümliche) Eindruck eines letztlich höflichen, freundlichen, wenngleich nicht sehr offenen, jedoch durchaus entgegenkommenden Menschen.

Erst wenn man eine Beschreibung des krankhaft beeinträchtigten und damit beschwerlichen Alltags mit seinen vielfältigen Anforderungen erhält, wird deutlich, wo der Patient unweigerlich Schwierigkeiten hat und mit abweichendem Verhalten reagiert.

Deshalb gilt es auch Spielkameraden, Mitschüler, Lehrer und Nachbarn zu befragen (natürlich vorausgesetzt, dass die Erlaubnis des Betroffenen oder seiner Erziehungsberechtigten vorliegt).

- Neben dieser so genannten klinisch-psychiatrischen Untersuchung gibt es auch bestimmte *psychologische Tests*. Dies betrifft vor allem die Intelligenzprüfung bzw. die charakteristische Abweichung im Testprofil: gutes Erinnerungsvermögen und konkretes Wissen, aber schlechte Ergebnisse bei Fantasie und Vorstellungsvermögen. Andere Tests (z. B. so genannte projektive Tests wie der Rorschach-Test u. a.) sind bisher noch nicht so ausreichend geprüft, dass eine routinemäßige Anwendung zweckmäßig erscheint. Damit ist allerdings in nächster Zukunft zu rechnen.

Die wichtigsten standardisierten Verfahren zur test-psychologischen Diagnose eines Asperger-Syndroms sind (nach H. Remschmidt u. I. Kamp-Becker, 2007):

- Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom (MBAS) als Screening-Fragebogen
 - Autism Diagnostic Interview - Revised (ADI-R; Diagnostisches Interview für Autismus - Revidiert)
 - Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G; Diagnostische Beobachtungsskala für autistische Störungen)
- Schließlich darf auf eine *allgemeine ärztliche Untersuchung* nicht verzichtet werden, d. h. sowohl internistisch als auch neurologisch (Hirnstrombild – EEG, neuropsychologische Untersuchung bei Verdacht auf Hirnfunktionsstörungen u. a.). Und vor allem die neurologische Prüfung der Psychomotorik, also der Bewegungsabläufe:

Einige Kinder wirken sehr un gelenk, ungeschickt und tapsig. Andere zeigen sich altersentsprechend normal, wenn sie untersucht werden, nicht jedoch im Alltag, besonders unter Druck. Dann werden auch sie eher linkisch, unpraktisch und können sich plötzlichen Situationsänderungen nur schlecht anpassen, d. h. bewegen sich letztlich wie verunsicherte alte Menschen.

WAS KANN MAN TUN?

So wichtig die Diagnose ist, so unerlässlich ist letztlich die Behandlung. Doch nicht jedes Krankheitsbild, das im Laufe der Zeit gesichert diagnostiziert werden kann, erfährt auch die Gunst einer erfolgreichen Therapie. Und das gilt leider auch für das Asperger-Syndrom.

Tatsächlich gibt es nur wenige wissenschaftliche Studien, die sich speziell mit dieser Behandlung beschäftigen, vor allem was kontrollierte Vergleichsstudien, d. h. Beobachtungen an Patienten mit einer systematischen Therapie, verglichen mit solchen ohne eine Behandlung anbelangt.

Als Erstes deshalb einige allgemeine Hinweise für den Kontakt zum Asperger-Patienten im Alltag. Danach eine Reihe von konkreten Empfehlungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht, u. a. nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychotherapie. Immerhin gab es schon in der Originalarbeit von Hans Asperger (1944) gewisse therapeutische Überlegungen. Dort ging es vor allem um heilpädagogische Maßnahmen. Im Einzelnen:

Allgemeine Hinweise im Alltag mit Asperger-Patienten

Die Kinder mit einem Asperger-Syndrom können die „Alltags“-Regeln im zwischenmenschlichen Bereich nur unter großen Schwierigkeiten erkennen und umsetzen. Dennoch sind sie nicht „asozial“. Sie stehen diesen Regeln eher verständnislos gegenüber und verstehen auch nicht die psychologischen Begründungen, die für ein zwischenmenschlich verträgliches Miteinander hilfreich sind.

- Soziale Regeln lernen sie hingegen dennoch, am besten durch *konkretes Üben*, nicht durch Erklärungen oder andere Formen der Erziehung, die auf Intuition oder Einfühlung beruhen; eine Fähigkeit, die man bei gesunden Kindern voraussetzen kann, nicht aber bei Asperger-Patienten.
- Kinder und Jugendliche mit Asperger-Syndrom begehen in der Regel *keine ernstere asozialen Handlungen* (heute auch antisozial und vor allem dissozial genannt), können aber genauso „egoistisch“ erscheinen. Dabei gibt es jedoch

einen entscheidenden Unterschied, der bei näherer Betrachtung auch rasch deutlich wird:

Asoziales oder dissoziales Verhalten von Gesunden wirkt gezielt, vielleicht sogar raffiniert und durchtrieben. Das egoistische Vorgehen bei Menschen mit Asperger-Syndrom zeigt hingegen deutliche Spuren von sozialer Naivität. Dies auch dann, wenn überdurchschnittlich intelligente Asperger-Patienten ihre Unbeholfenheit im zwischenmenschlichen Bereich durch ihre intellektuelle Überlegenheit kaschieren und kompensieren können.

- Hier gilt es schon im *Kindergartenalter* entsprechende sonderpädagogische Maßnahmen zu nutzen. Dabei scheint es nicht entscheidend zu sein, ob diese Kinder in Gruppen mit besonderen Verhaltensregeln und speziell ausgebildetem Personal betreut werden oder ob es sich um normal betreute Kinder handelt, auch wenn entsprechendes Wissen bzw. die notwendigen Informationen zu diesem Krankheitsbild unerlässlich sind. Beide Modelle – so die bisherige Erkenntnis – haben ihre Vor- und Nachteile.

- Das Gleiche gilt für die *Schulform*. Dabei muss man allerdings berücksichtigen, dass bei Asperger-Kindern zwischen 9 und 10 Jahren eine erfolgreiche Integration in normalen Klassen nicht mehr sinnvoll ist, da dies die Gefühle des Kindes verstärken kann, anders zu sein – und aus diesem Teufelskreis nicht mehr herauszukommen. Und weil sich das Risiko böartigen Mobbing durch normale Kinder von Tag zu Tag verstärkt.

Dies ist auch durch entsprechend informierte Lehrkräfte kaum in den Griff zu bekommen. In diesem Alter sollte man deshalb Kinder mit Asperger-Syndrom und überhaupt autistische Kinder mit gut entwickelter Intelligenz lieber in Spezialklassen sonderpädagogisch betreuen.

- Asperger-Jugendliche wechseln schließlich von der Sonderschule in eine *angepasste Form von Aufenthalt und Beschäftigung*. Einige werden weiterhin zu Hause wohnen. Dort bedarf aber die tägliche Unterstützung und Übung durch die Eltern ebenfalls professioneller Anleitung.

- Mit den Jahren sollte man dann aber schon eine dauerhafte Lösung in Bezug auf *eigenständiges Wohnen* finden. Allerdings richtet sich das nach dem Grad der Selbständigkeit: was kann der Patient selber, was kann er nicht. Denn es gibt nur wenige erwachsene Asperger-Patienten ab mittelschwerem Beeinträchtigungsgrad, die ihr eigenes Leben völlig selbständig zu meistern vermögen. Das ist schon bei leichteren Verlaufsformen nicht immer der Fall.

- Einige haben das große Glück, einen geduldrigen und hilfreichen *Partner* zu finden, der sich auf diese Aufgabe eingestellt hat. Andere, die ohne Partner auskommen müssen, und das dürfte die Mehrzahl sein, haben natürlich Probleme, ein völlig normales Leben zu führen. Für sie ist eine *Wohngemeinschaft*

mit anderen Erwachsenen, die vergleichbare Schwierigkeiten haben, in der Regel günstiger.

Die Hilfe, die Erwachsene mit Asperger-Syndrom am ehesten brauchen, ist eine Mischung aus praktischer Beratung in Alltagsdingen, eine Einübung sozialer Verkehrsformen, Gespräche über zwischenmenschliche Beziehungen sowie Unterstützung beim Verstehen anderer Menschen, was ein angemessenes Verhalten anbelangt.

- Ein weit verbreiteter Satz lautet dabei: „Den Patienten dort abholen, wo er steht“. Das ist nichts Neues, hat aber beim Asperger-Syndrom doppelte Bedeutung. Wer einen Asperger-Patienten betreut muss wissen, dass dieser seinen *Therapeuten* nur dann akzeptiert, wenn er beispielsweise über seine Spezial-Interessen reden kann. Darauf muss man eingehen. Und wenn es ihm schließlich gelingt, über seine sozialen Probleme zu sprechen, muss man ihn – gleichgültig, wie hoch seine Intelligenz auch erscheinen mag –, bei der Formulierung und beim Verstehen der Probleme aktiv helfen.

Selbst hochintelligente Asperger-Patienten haben große Schwierigkeiten, sogar einfache sprachliche Begriffe von Alltagsproblemen zu verstehen, von psychologischen Aspekten ganz zu schweigen (z. B. den Unterschied zwischen Vermutung und sicherer Erkenntnis).

Ein wichtiger Punkt ist auch das Phänomen, dass Asperger-Patienten sich nicht in die Gedanken, Emotionen und Motive anderer versetzen, einfühlen, geschweige denn aktiv einbringen können. Auch werden manche – in Wirklichkeit tatsächlich komplizierte, aber dem Gesunden sofort verständliche – Aufgaben oder Fragestellungen für den Asperger-Patienten zum großen Problem. Beispiel: Können Sie sich vorstellen, was ein anderer Mensch über die Gedanken einer dritten Person denkt, also was der Vater glaubt, was die Mutter denkt? Für einen Gesunden ist das kein Thema. Für einen Asperger-Patienten eine schier unlösbare Aufgabe.

Die Asperger-Therapie aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht

Die psychotherapeutische, soziotherapeutische und ggf. pharmakotherapeutische Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen im Allgemeinen und dem Asperger-Syndrom im Speziellen ist nicht einfach. Jeder, der diesen Ausführungen bisher gefolgt ist, wird es bestätigen können. Es gibt aber Fortschritte, die man nicht unterschätzen sollte. Rein formal geht es aus fachärztlicher und -psychologischer Sicht um folgenden Ablauf (wiederum in Fachbegriffen nach H. Remschmidt u. I. Kamp-Becker, 2006, 2007):

Erhebung der Vorgeschichte und Untersuchung → Diagnose → Verhaltens- und Problem-Analyse → Erarbeitung eines Behandlungsplans. Dieser sieht dann zwei Ebenen vor:

- Zum einen für den Patienten die Einzeltherapie bzw. das entsprechende Training (Förderung der sozialen Wahrnehmung und der sozial-emotionalen und kommunikativen Kompetenzen) und/oder Gruppentherapie/-Training (Förderung der sozialen Interaktionsfähigkeit, Verständnis sozialer Regeln, pragmatische Regeln der Kommunikation).
- Zum anderen für Eltern und Geschwister die Angehörigen-Beratung (Aufklärung über das Störungskonzept, erzieherische Kompetenz stärken) sowie das Angehörigen-Training (Auseinandersetzung mit dem Störungsbild, Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung, Stärkung der erzieherischen Kompetenzen, Eltern als Co-Therapeuten).
- Dies alles mündet schließlich in ein Gesamtpaket im Sinne von Kooperation, Beratung, Fortbildung und Schulung was Erzieher, Lehrer, Therapeuten (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie, Reit-Therapie usw.), psychosoziale Dienste (z. B. Schulbegleiter, Familienhelfer, Sozialpädagogen usw.) anbelangt.

Zu den konkreten fachlichen Behandlungsmöglichkeiten gibt es nach bisherigen Erkenntnissen folgende Übersicht (wiederum nach H. Remschmidt u. I. Kamp-Becker, 2006, 2007):

- Empirisch begrenzt abgesicherte und allgemein anerkannte Behandlungsverfahren für Autismus-Spektrum-Störungen sind generell verhaltenstherapeutische Methoden und Therapieprogramme wie ABA-Ansatz, Lovaas, TEACCH.
- Empirisch abgesicherte, aber potenziell wirksame Verfahren sind das Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten wie „theory of mind“-Training sowie Förderung des sozialen Verständnisses.
- Empirisch nicht abgesicherte, aber in bestimmten Fällen hilfreiche Verfahren sind Ergotherapie, Physiotherapie und sensorische Integration.
- Weitere nach Elternberichten förderliche Verfahren sind Reit-Therapie, aktive (ggf. unterstützte) Freizeitgestaltung (z. B. Sport, Musik, Schachverein) u. a.
- Methoden, die wissenschaftlich kontrovers diskutiert werden, sind gestützte Kommunikation, Festhalte-Therapie, Diäten, Vitamin- und Mineralstoff-Therapien, Sekretin, Therapie der visuellen und auditiven Wahrnehmung wie Auricula-Training, Tomatis-Therapie, Irlen-Therapie, auditives Integrations-Training.

Therapeutische Schlussfolgerung

Zum einen steht damit derzeit eine Reihe von verhaltenstherapeutischen Programmen bei Autismus-Spektrum-Störungen zur Verfügung, für die auch erste vergleichende Studien einen positiven Effekt belegen konnten, wie es die Experten ausdrücken.

Untersuchungen zu tiefenpsychologischen Behandlungen, die den methodischen Anforderungen kontrollierter Studien entsprechen, existieren bisher nicht.

Auch für alternative therapeutische Ansätze liegen nur subjektive Erfahrungsberichte vor.

Leider mangelt es auch noch an überprüften Standards in der Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen. Deshalb bleibt es den Eltern überlassen, aus der Vielzahl unterschiedlicher Autismus-Therapien diejenigen für ihr Kind auszuwählen, die hinsichtlich Anforderungen, Wirksamkeit, Effizienz und ethischer Unbedenklichkeit für ihr Kind die geeignete Methode zu sein scheinen, betonen die Experten H. Remschmidt u. I. Kamp-Becker.

Dabei sind umfassende Behandlungsansätze am sinnvollsten, vor allem diejenigen, die auf verhaltenstherapeutischen Prinzipien beruhen und sich stets auf die Förderung mehrerer Funktionsbereiche beziehen, wie es in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie heißt:

Die Therapie der Wahl ist eine *Verhaltenstherapie*, die sich am Entwicklungsstand des Patienten orientiert. Und wichtig: „Ziele der Interventionen können nur die Abschwächung der Symptome und der Auf- und Ausbau von Fähigkeiten sein, um dem Patienten zu einem weitgehend eigenständigen Leben zu verhelfen. Dazu werden verschiedene Interventionsmethoden in einem multimodalen Therapieplan zu einem ganzheitlichen Behandlungsansatz individuell miteinander kombiniert“, empfehlen die Experten.

Und weiter: „Die „angestrebten“ Verhaltensweisen werden dabei zunächst in kleine Lernschritte unterteilt und Hilfestellungen gegeben, die dann allmählich zurückgenommen werden. Dabei können die verwendeten Verstärker sehr „ungewöhnlich“ sein, wie z. B. die Erlaubnis, kurzzeitig Stereotypen oder Sonder-Interessen nachzugeben.

Außerdem umfasst das Repertoire neben verhaltenstherapeutischen Maßnahmen auch pädagogische Programme, Frühförderung, medikamentöse Therapie (s. u.) sowie weitere verhaltensübende Verfahren, z. B. Ergotherapie.

Um die neu erlernten Fertigkeiten und Fähigkeiten aber kontinuierlich einzuüben und vor allem auf reale Situationen hin zu trainieren, sind die *Eltern* als

Co-Therapeuten für eine erfolgreiche Behandlung unverzichtbar. Selbsthilfe-Organisation und Eltern-Vereinigungen unterstützen sie dabei. Das ist auch nötig. Denn die Behandlung des Asperger-Syndroms und im Übrigen aller Autismus-Spektrum-Störungen ist eine Langzeit-Therapie, die einer langen und geduldigen Anleitung bedarf.

Zudem müssen aufgrund der mangelnden Fähigkeiten, das Gelernte auch auf andere Situationen als die trainierten zu übertragen, viele verschiedene reale Situationen eingeübt werden, die ein gesundes Kind im Analogie-Schluss meistern würde (wenn hier, dann auch da – nur beim Asperger-Patienten eben leider nicht).

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die schrittweise Erweiterung der Interessenbereiche in Richtung auf realitäts-nähere Tätigkeiten oder Aufgaben (siehe Spezial-Interessen).

Ein möglichst früher Beginn der Therapie ist von allergrößter Bedeutung für die erhofften Erfolgsaussichten.

Nicht zu vergessen ist die *Behandlung der co-morbiden Störungen*, z. B. ADHS, Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen. Dies kann ggf. auch pharmakologisch notwendig werden. Und dies leitet zum letzten Abschnitt über:

Psychopharmaka bei Autismus-Störungen?

Eine generelle Empfehlung für Arzneimittel im Allgemeinen und Psychopharmaka, d. h. Medikamenten mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben im Speziellen für Autismus-Störungen gibt es nicht. Das betrifft nicht zuletzt das Asperger-Syndrom. Das heißt aber nicht, dass man völlig darauf verzichten könnte, wenn es sich als notwendig erweist und damit eine Besserung, zumindest aber Linderung des jeweiligen Beschwerdebildes erreicht werden könnte.

Für die gesamte Symptomatik ist das nicht zu erwarten, bei einzelnen, so genannten Ziel-Symptomen möglicherweise ja. Das allerdings muss auch im Einzelfall geprüft werden.

Zur so genannten Evidenzlage in der pharmakologischen Therapie dieser Patienten (was hilft nachweisbar und was nicht?) gibt es keine entsprechenden Untersuchungen, jedenfalls bisher. Eine therapeutische Wirksamkeit ist immer nur bei Teil-Populationen beobachtet worden, so genannte „Responder“, also Patienten, die mit der erhofften Wirkung des eingesetzten Medikaments reagieren. Und dies findet sich – wenn überhaupt – vor allem bei den erwähnten Ziel-Symptomen. Im Einzelnen (in Fachbegriffen, siehe auch die jeweiligen Kapitel in dieser Serie):

- Bei aggressiven und selbstverletzenden Verhaltensweisen können atypische Neuroleptika (Antipsychotika, also gegen psychotische Symptome), Lithiumsalze (zur Rückfallvorbeugung bei manisch-depressiven Erkrankungen eingesetzt), Antikonvulsiva (antiepileptisch wirkende Arzneimittel gegen Krampfanfälle) sowie die Substanz Clonidin versucht werden.
- Bei behindernden Stereotypien und Ritualen hat man es schon mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern - SSRI (einer neueren Generation von Antidepressiva) sowie atypischen Neuroleptika versucht.
- Bei Hyperaktivität und impulsiven Verhaltensweisen wird der Versuch mit Psychostimulanzien (wie bei ADHS), atypischen Neuroleptika sowie den Substanzen Clonidin und Naltrexon empfohlen.
- Bei Angstzuständen das Anxiolytikum (angstlösende Arzneimittel) Buspiron sowie atypische Neuroleptika und Clonidin.
- Bei Depressionen insbesondere Antidepressiva vom Typ der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI).

Weitere Einzelheiten siehe die Fachliteratur, vor allem das hier zitierte Buch von H. Remschmidt u. M. Schmidt (Hrsg.): Manuale psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Springer-Verlag, Berlin 2006.

SCHLUSSFOLGERUNG

So gesehen stößt das Asperger-Syndrom in den letzten Jahren auf ein immer breiteres Interesse bei (Fach-)Ärzten, Psychologen, Pflegepersonal, Heilpädagogen, aber auch schon im Vorfeld bei Eltern, Kindergärtnerinnen, Lehrern, Lehrherrn u. a. Das ist für diese, auf ungewöhnliche Weise behinderte Menschen die beste Möglichkeit, rechtzeitig und gezielt diagnostiziert, konkret psycho-, sozio- und ggf. pharmakotherapeutisch behandelt und später auch weiterhin betreut zu werden. Und sei es durch ein „zeitlebens belastbares Verständnis“ und damit tragfähiges zwischenmenschliches Verhältnis.

Zwar ist der Verlauf bei Asperger-Patienten besser als beim frühkindlichen Autismus, doch insgesamt sehr persönlichkeitsbezogen variabel und von einer verständnisvollen Umwelt abhängig. Insbesondere gilt es auf die Begleit-Erkrankungen (Co-Morbidität) und hier vor allem auf die später durchaus riskante depressive Entwicklung zu achten.

Es gilt ein Los zu erleichtern, das zwar seit Menschengedenken belastet, bis heute in der Mehrzahl der Fälle aber auf wenig Einsicht und damit Nachsicht hoffen konnte und auch kaum gemildert oder gefördert wurde. Das scheint sich zu ändern. Den Betroffenen und ihren Angehörigen wäre es zu wünschen.

Hier ein wenig weitergeholfen zu haben, ist der Sinn dieser Ausführungen.

AUTISMUS – EINE TABELLARISCHE ÜBERSICHT

Eine der interessantesten, wenn auch wohl tragischsten psychosozialen, d. h. zwischenmenschlichen, gesellschaftlichen und auch wirtschaftlichen Störungen ist der Autismus (vom griechischen: autos = selbst). Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht in (meist fachbezogenen) Stichworten:

DEFINITION: Tiefgreifende Entwicklungsstörung, die sich vor dem 3. Lebensjahr durch mehrere Funktionsstörungen äußert: z. B. soziale Interaktion, Kommunikation, eingeschränkte Aktivitäten und Interessen usw.

AUTISMUS-SPEKTRUM: Die wichtigsten *tiefgreifenden Entwicklungsstörungen* sind frühkindlicher Autismus, atypischer Autismus, Rett-Syndrom, die desintegrative Störung des Kindesalters (Heller-Syndrom) und das Asperger-Syndrom (nach ICD-10 der WHO) bzw. die autistische Störung, das Rett-Syndrom, die desintegrative Störung des Kindesalters und das Asperger-Syndrom (nach DSM-IV-TR der APA).

Unter Autismus-Spektrum-Störungen werden insbesondere der frühkindliche Autismus, das Asperger-Syndrom und der atypische Autismus zusammengefasst (ICD-10). Trotz unterschiedlicher Ansätze geht man generell davon aus, dass die verschiedenen autistischen Störungen sich lediglich quantitativ (d. h. im Ausmaß mehr Symptome und damit psychosozialen Konsequenzen), nicht jedoch qualitativ (d. h. durch verschiedene Krankheitszeichen) von einander unterscheiden lassen.

Ursächlich gelten Autismus-Spektrum-Störungen als Entwicklungsstörungen des Zentralen Nervensystems, die wahrscheinlich auf die Beeinträchtigung grundlegender Gehirnfunktionen zurückgehen, vor allem jener, die die Kontaktfähigkeit steuern bzw. beeinflussen.

Allgemeine Merkmale der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen sind: Beginn grundsätzlich im Kleinkindalter oder Kindheit, Einschränkung oder Verzögerung in der Entwicklung jener Funktionen, die eng mit dem Reifungsstand des Zentralen Nervensystems verknüpft sind, stetiger Verlauf ohne Remissionen („Genesung“, Symptom-Freiheit), aber auch Rezidive (Rückfall), d. h. kontinuierliches, weitgehend gleich bleibendes Leidensbild über den gesamten Lebenslauf hinweg.

HÄUFIGKEIT: Ging man früher davon aus, dass Autismus-Spektrum-Störungen relativ selten vorkommen, so muss man dies inzwischen revidieren; die Zahlen sind deutlich höher als früher angenommen.

Im Einzelnen: Alle tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (60 bis 65 Patienten auf 10.000 Personen), frühkindlicher Autismus (11 bis 18/10.000), atypischer Autismus (1,9 bis 10,9/10.000), **Asperger-Syndrom** (2 bis 2,3/10.000), Rett-Syndrom (etwa 1/10.000) sowie desintergrative Störungen des Kindesalters (0,2/10.000).

GESCHLECHT: Das Verhältnis männlich : weiblich liegt bei ca. 3:1 (wobei Letztere eine stärkere geistige Behinderung aufweisen sollen, was sich aber nach neueren Untersuchungen nicht bewahrheitet hat).

KRANKHEITSBILD ALLGEMEIN: Vielfältig, ungewöhnlich, belastend für den Patienten und sein Umfeld. Vor allem ist der Betroffene unfähig, gemäß seiner Entwicklungsstufe entsprechende Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen. Dafür dominiert ein autistischer Rückzug auf sich selber.

Als besonders schwierig und belastend, nicht zuletzt schließlich im Erwachsenenalter, werden von Patienten und Angehörigen folgende psychosoziale Einbußen und Störungen genannt (nach G. Klosinski u. A.E. Troje, 2004):

Selbst- und fremd-aggressives Verhalten, panikartige Reaktionen bei Abweichungen von Routine oder Ritualen, Negativismus, Perfektionismus, Zwangshandlungen, Distanzlosigkeit gegenüber Fremden, ausgeprägtes Rückzugsverhalten, Apathie sowie übermäßig starke Mutterbindung. Probleme, unter denen die Behinderten vor allem selber leiden sind: Unzufriedenheit mit der eigenen Situation, Grübeln über das eigene Anderssein, großes Bedürfnis nach Freundschaft mit gleichaltrigen, aber mangelnde Fähigkeit, Kontakte zu knüpfen und aufrechtzuerhalten, Wunsch nach mehr Selbständigkeit, aber mangelnde Fähigkeit, sich draußen zurechtzufinden sowie deprimierendes Lebensgefühl durch Perspektivlosigkeit, d. h. fehlender Ausbildungsplatz, keine Arbeit- und Wohnmöglichkeiten u. a. Im Einzelnen nach der entsprechenden Fachliteratur (siehe Literaturverzeichnis):

- **Zwischenmenschliche Kontakte:** Die Beeinträchtigung der zwischenmenschlichen Kontakte (Fachbegriff: soziale Interaktion) ist ausgeprägt und anhaltend, wie es die tonangebenden psychiatrischen Institutionen ausdrücken. Das betrifft sowohl die Sprache als auch so genannte nonverbale Verhaltensweisen, z. B. Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Gestik.

Jüngere Patienten haben wenig oder kein Interesse an Freundschaften. Ältere können so etwas entwickeln, doch fehlt ihnen das Verständnis für die Regeln einer zwischenmenschlichen Beziehung. Selbst das spontane Verlangen, Vergnügen, Interessen oder Erfolge mit anderen zu teilen, kann unvollständig o-

der überhaupt nicht ausgebildet sein. Kurz: Der zwischenmenschliche und vor allem gemütsmäßige Austausch fehlt in der Regel.

Autisten nehmen nicht an selbst einfachen sozialen Kontakten teil, beschäftigen sich lieber allein und beteiligen andere nicht an ihren Aktivitäten. Und wenn, dann lediglich als Unterstützung, gleichsam als „mechanische“ Hilfe oder als „Werkzeug“ (Fachbegriff: Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit). So können Autisten andere Kinder einschließlich Geschwister völlig ignorieren und haben häufig keine Vorstellungen von den Bedürfnissen ihres Umfeldes, weshalb sie auch die Sorgen, Kümmernisse, Nöte, Kränkungen, Frustrationen usw. der anderen einfach nicht zu registrieren vermögen. Weitere Einzelheiten siehe unten.

- **Kommunikation:** Auch hier sind sowohl die verbalen wie nonverbalen Fähigkeiten (sprachlich wie nicht-sprachlich, also Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung) deutlich und vor allem anhaltend beeinträchtigt. Die Entwicklung der gesprochenen Sprache kann verzögert eintreten oder völlig ausbleiben (s. u.).

Diejenigen, die sprechen können, haben dafür nur begrenzte Fähigkeiten, ein Gespräch mit anderen zu beginnen und fortzuführen. Oder sie zeigen einen so genannten stereotypen und repetitiven Gebrauch der Sprache (immer gleiche Redewendungen, ständig wiederholt). Oder gar eine persönliche „Eigensprache“, die nur sie selber verstehen (Fachbegriff: idiosynkratische Sprache). Auch pflegen bestimmte, der jeweiligen Entwicklungsstufe angemessene Rollen- oder soziale Imitationsspiele (Nachahmung der Erwachsenenwelt) zu fehlen.

- **Sprache:** Bei entwickelter Sprechfähigkeit können Intonation (Klang beim Sprechen), Sprechgeschwindigkeit, Sprechrhythmus oder Betonung auffällig sein. Das äußert sich beispielsweise in einer monotonen Stimme. Oder im Heben der Stimme am Satzende, und zwar unabhängig davon, ob eine Frage gestellt (dann wäre die Stimmhebung normal) oder eine Aussage gemacht wird (dann wäre sie unangepasst). Die grammatischen Strukturen sind häufig unterentwickelt.

Dafür „nerven“ ständige Wiederholungen von Worten oder Sätzen ohne Bedeutungszusammenhang, oder von Werbe-Songs bzw. Reklamesprüchen. Es kann auch eine metaphorische Sprache benutzt werden, d. h. eine Sprache, die nur diejenigen verstehen, die mit dem Kommunikationsstil des Betroffenen vertraut sind. Nicht selten ist auch eine Störung des Sprachverständnisses, in dem die Betroffenen selbst einfache Fragen, Anweisungen oder Witze nicht verstehen.

- **Rituale:** Zum einen sind Autisten nicht einmal zu einfachen Imitations- (Nachahmungs-)Spielen oder Gewohnheiten des Säuglingsalters oder der frühen Kindheit in der Lage. Und wenn sie es tun, dann zusammenhanglos oder

auf mechanische Art und Weise, wie es ihren beschränkten, ständig wiederholten und gleichlaufenden Verhaltensmustern, Interessen und Aktivitäten entspricht. Dafür können sie sich aber sehr intensiv und ausschließlich mit einem Gebiet oder mehreren stereotypen (immer gleichen) und begrenzten Interessen beschäftigen. Hier kann beides abnorm sein, also sowohl die Gegenstände als auch die Intensität der Beschäftigung.

Zum anderen zeigen sie ein auffällig starres Festhalten an bestimmten Gewohnheiten und Ritualen (also schematischen Verhaltensweisen). So beschäftigen sie sich andauernd und intensiv mit Teilen von Objekten oder entwickeln motorische Manierismen (übersteigerte und gekünstelt wirkende Bewegungsabläufe).

Die Bandbreite der Interessen ist aber deutlich eingeschränkt. Meist beschränkt sie sich auf ein eng begrenztes Gebiet, von dem die Betroffenen aber stark in Anspruch genommen sind (z. B. Wetterdaten, Statistiken, Fahrpläne u. a.). Auch stellen sie bestimmte Spielsachen in immer derselben Art und Weise auf und ahmen wiederholt andere (z. B. Fernsehschauspieler) nach.

So bestehen sie auf starrer Gleichförmigkeit und reagieren auf selbst banale Veränderungen mit Widerstand, Kummer oder gar Panik (z. B. Stuhl umgestellt, neue Gardinen, Bild am anderen Platz, Geschirr verrückt). Viele beharren ohne nachvollziehbaren Grund auf der genauen Einhaltung von gewohnten Abläufen (Aufstehen, zu Bett gehen, Mittagessen, Fernsehen, Spazier- oder Schulweg).

- **Bewegungsmuster:** Stereotype Körperbewegungen betreffen die Hände (Klatschen, Fingerschnipsen) oder den ganzen Körper (wiegende, schaukelnde und schwankende Bewegungen). Nicht selten sind auch Auffälligkeiten der Körperhaltung, z. B. Gehen auf Zehenspitzen, seltsame Handbewegungen und Körperhaltungen. Auch sind die Betroffenen ständig mit Teilen von Objekten (s. o.) beschäftigt, also Knöpfe, Gürtel, Schnürsenkel, aber auch Körperteile usw.

Eine eigentümliche Faszination kann von Objekt-Bewegungen ausgehen, die sich drehen (z. B. Räder von Spielsachen, Ventilator, Mobile), aber auch das Öffnen und Schließen von Türen, Fenstern, Schränken, Schubladen u. a.

Manchmal entsteht eine ungewöhnlich intensive Bindung an unbelebte Objekte, z. B. ein Stück Schnur, ein Gummiband, ein Aschenbecher, ein Bleistift.

- **Intelligenz:** Nicht selten besteht gleichzeitig eine zumindest mittelschwere geistige Behinderung (Intelligenzquotient: 35 bis 50). Etwa drei Viertel aller Kinder mit einer autistischen Störung sind geistig zurück geblieben (Fachbegriff: intellektuelle Retardierung).

Das Profil geistiger Fähigkeiten ist – unabhängig vom allgemeinen Intelligenzniveau – gewöhnlich unausgewogen bis absonderlich: So kommt es beispielsweise vor, dass ein 4 bis 5-jähriges Kind schon lesen kann (Fachbegriff:

Hyperlexie). Ältere Autisten können ein hervorragendes Langzeitgedächtnis haben (z. B. für Zugfahrpläne, historische Daten, chemische Formeln, z. B. Schmelzpunkt aller Metalle, Paragraphen des Grundgesetzes oder beim Erinnern des genauen Wortlauts eines vor vielen Jahren gehörten Dialogs, Liedes, Gedichtes, ja Vortrags). Gewöhnlich wird dieses außerordentliche Wissen jedoch nicht nutzbringend eingesetzt und auch häufig ständig wiederholt, selbst wenn es nicht angebracht ist.

- **Verhaltensauffälligkeiten:** Zu den psychosozialen Auffälligkeiten und sonderbaren Reaktionen gehören beispielsweise Hyperaktivität (umtriebig, hektisch, „nervös“, kurze Aufmerksamkeitsspanne, Impulsivität, Aggressivität, selbstschädigendes Verhalten (z. B. Selbstverletzung durch Beißen in den Handrücken) u. a., insbesondere bei jüngeren und intelligenz-geminderten Autisten.

Ferner eigenartige Reaktionen auf äußere Reize, z. B. hohe Schmerzschwelle („kann einiges ertragen“), gleichzeitig aber auch Übersensibilität gegenüber Berührungen, Tönen, Licht, Gerüchen und Geschmackseinflüssen.

Bisweilen eine regelrechte Faszination durch gewisse Reize, die sonst niemand auffallen würden: Schattenspiele durch die Sonne, Maserung von Tischen und Schränken usw.

Auffälligkeiten beim Essen sind beispielsweise die Beschränkung auf einige wenige Lebensmittel, was gegenüber allen Änderungswünschen starr und energisch bis aggressiv verteidigt wird, aber auch die Einnahme von ungenießbaren, ungewöhnlichen oder gar widerlichen Dingen (Fachbegriff: Pica – siehe das entsprechende Kapitel).

Beim Schlafen das wiederholte Aufwachen in der Nacht mit wiegenden Bewegungen.

Bei Stimmungslage bzw. zwischenmenschlichen Kontakten nicht selten Kichern oder Lachen bzw. Weinen ohne ersichtlichen Grund und mit offensichtlichem Fehlen jeglicher gemütsmäßiger Beteiligung.

Auch können Autisten zum einen eine ungewöhnliche Furchtlosigkeit vor wirklichen Gefahren demonstrieren, dafür dann übermäßige Angst vor harmlosen Dingen zeigen (Fachbegriff: Phobien – siehe das Kapitel über Angststörungen).

Schließlich bezieht sich das erwähnte selbstschädigende Verhalten nicht nur auf das Beißen von Fingern, Hand und Gelenken, sondern auch auf Kopfanschlagen, sich selber Treten u. a.

- Eine **Selbsttötungsgefahr** ist zwar im Allgemeinen nicht gegeben, wohl aber depressive Reaktionen, vor allem wenn dem Betroffenen im Laufe des Lebens seine schwere Beeinträchtigung langsam bewusst wird (am ehesten

wohl so genannte parasuizidale Handlungen ohne wirkliche Selbsttötungsabsicht, gleichsam als verzweifelter Aufschrei).

ALTERSBEDINGTE PHÄNOMENE: Die Art der Beeinträchtigung kann sich mit der Zeit ändern und je nach Entwicklungsstufe variieren:

- Bei **Säuglingen** und **Kleinkindern** beispielsweise zeigen sich oft fehlendes Zärtlichkeitsbedürfnis, Gleichgültigkeit oder Aversion (Abneigung) gegenüber Zuneigung oder körperlichem Kontakt, dazu das Fehlen von Blickkontakt, mimischen Reaktionen und Lächeln, z. B. auf Zuwendung oder Ansprache der Eltern. (Deshalb sind manche Eltern anfänglich der Meinung, ihr Kind könne taub sein.)
- **Kleinkinder** und **junge Autisten** können die Erwachsenen als austauschbar behandeln oder sich „mechanisch“ an bestimmte Personen klammern. Im Laufe der weiteren Entwicklung können sich zwar Interessen und soziale Bedürfnisse langsam intensivieren, doch neigen viele Kinder unverändert dazu, andere Menschen auf ungewöhnliche Art und Weise zu behandeln (in ihre Rituale und absonderlichen Gewohnheiten einzuspannen, und zwar unangemessen bis aufdringlich).
- **Ältere Autisten** fallen oftmals durch hervorragende Gedächtnisleistungen auf, allerdings überaus spezifisch und letztlich nutzlos für den Alltag (der ansonsten nicht einmal im Ansatz bewältigt werden kann).

VERLAUF: Eine autistische Störung im Säuglings- und Kleinkindalter zu erkennen ist allerdings schwer. Deutlicher wird es ab dem 2. und 3. Lebensjahr. Manchmal wird auch von einer durchaus normalen Entwicklung in den ersten 1 bis 2 (3) Jahren berichtet.

Deutlicher wird es im Allgemeinen mit dem Eintritt des Kindes ins Schulalter. Bei einigen verschlechtert sich das Krankheitsbild in der Jugend, bei anderen wird es besser.

Die Heilungsaussichten (Prognose, s. u.) hängen von der Beschwerde-Intensität ab, doch sprechen die bisher verfügbaren Untersuchungsergebnisse dafür, dass nur ein geringer Prozentsatz der Betroffenen als Erwachsener unabhängig zu leben und zu arbeiten vermag. Bei etwa einem Drittel der Fälle ist eine teilweise unabhängige Lebensweise möglich. Doch auch gut angepasste Erwachsene mit einer autistischen Störung zeigen letztlich lebenslang belastende Defizite im zwischenmenschlichen und Kommunikations-Bereich sowie deutlich eingeschränkte Interessen und Aktivitäten.

ERBLICHE BELASTUNG: Es besteht offenbar ein erhöhtes Risiko bei Geschwistern von Autisten.

KÖRPERLICHE BEFUNDE: im Allgemeinen keine bedeutsamen organischen Abweichungen. Diskutiert werden bestimmte Veränderungen im Gehirnstoffwechsel (z. B. mit dem Botenstoff Serotonin) sowie bei so genannten bildgebenden Verfahren und im Elektroenzephalogramm (EEG) – jedoch ohne spezifische Aussagekraft. Das Gleiche gilt für einige neurologische Krankheitszeichen (z. B. abgeschwächte Eigenreflexe), Stoffwechselstörungen, Belastungen unter Schwangerschaft und Geburt sowie später epileptische Anfälle (bis zu einem Viertel aller Fälle?).

DIFFERENTIALDIAGNOSE: Außer bei einem frühkindlichen Autismus können solche Beeinträchtigungen in unterschiedlicher Ausprägung auch gesehen werden bei anderen Entwicklungsstörungen: z. B. bei der *Rett*-Störung, dann allerdings ausschließlich bei Mädchen, beim *Asperger*-Syndrom (s. dieses Kapitel), bei manchen Formen einer schizophrenen Psychose mit Beginn in der Kindheit, beim selektiven Mutismus (Verstummen trotz intakter Sprachorgane) sowie bei geistiger Behinderung (vor allem wenn es sich um schwere oder schwerste Formen handelt).

PROGNOSE: Die Heilungsaussichten halten sich in Grenzen (so.). Nur wenige Betroffene können später als Erwachsene unabhängig leben und arbeiten, mit entsprechender Unterstützung allerdings immerhin ein Drittel. Doch selbst bei den angepassten Verlaufsformen bleibt stets eine Reihe von zwischenmenschlichen und Kommunikations-Besonderheiten, die das jeweilige Schicksal zu prägen pflegt.

Nach DSM-IV-TR der APA, ICD-10 der WHO sowie entsprechender Fachliteratur (s. Literatur).

LITERATUR

Sehr spezielles Thema, das zwar seit über einem halben Jahrhundert diskutiert, letztlich aber erst in den vergangenen Jahren intensiver beforscht wurde. Dabei interessante wissenschaftliche Beiträge und dankenswerterweise auch allgemeinverständliche Publikationen und Bücher.

Eine Auswahl, insbesondere die Grundlagen vorliegender Ausführungen finden sich unter www.psychosoziale-gesundheit.net mit dem Titel „Asperger-Syndrom“ einschließlich weiterführender Web-Seiten.