



Von Rain Man bis Greta – was Sie schon immer über Autismus wissen wollten....

^

Prof. Dr. I. Kamp-Becker

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Psychosomatik und Psychotherapie

Philipps-Universität Marburg

Würzburger Fachtagung: „Autismus-Spektrum – wie Inklusion im
Netzwerk gelingen kann“ 25.09.2023





Interessenskonflikte



Gefördert durch



- Fördergelder erhalten von BMBWF, DFG, Behring-Röntgen...
- Keine persönliche, geschäftlichen oder materielle Beziehungen zu Industrieunternehmen



Von Rain Man bis Greta – was Sie schon immer über Autismus wissen wollten....

1. Grundlegendes und Implikationen für das Störungsbild
 - Klassifikation, Verlauf, Dimensionen, Traits
2. Diagnose und Differentialdiagnose
 - Cut-off Werte und diagnostische Güte der Instrumente
3. Therapie
 - Evidenzbasierte Behandlung



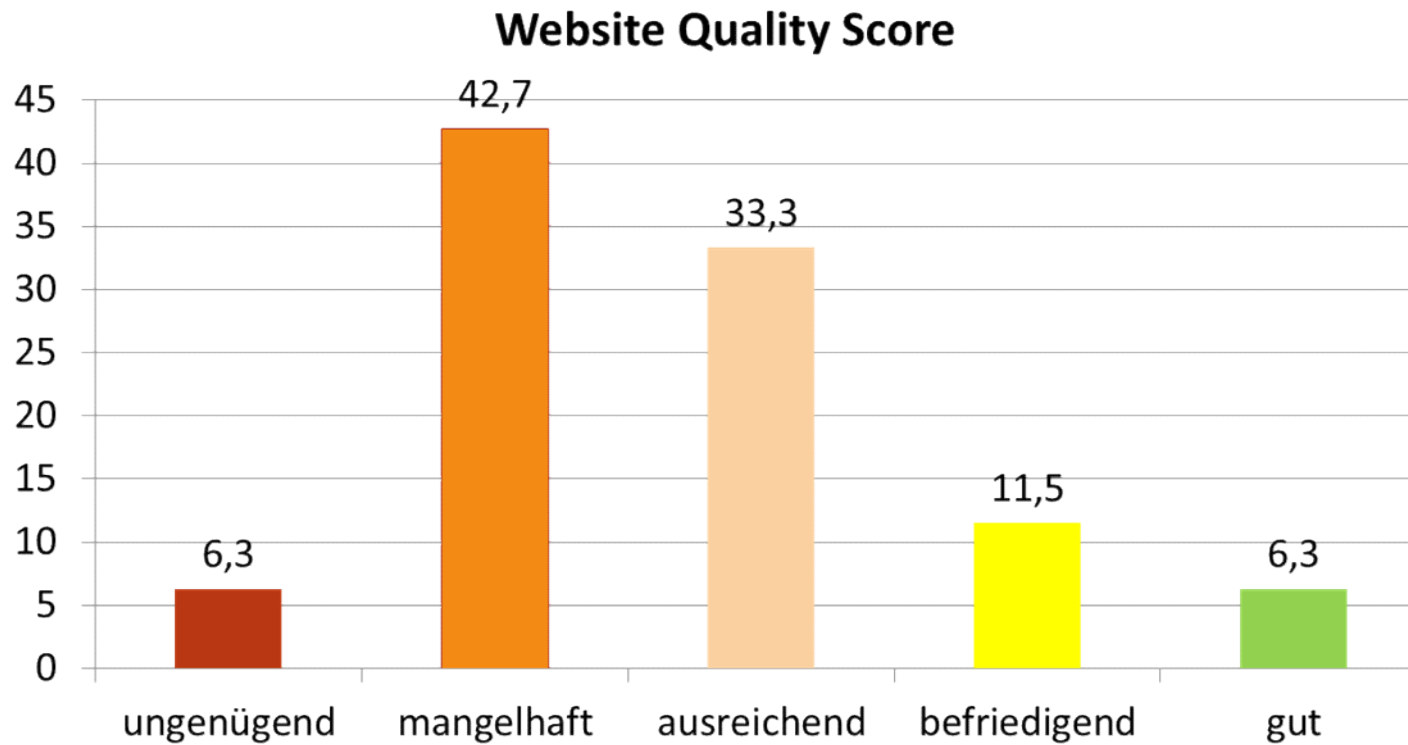
Ziele dieses Vortrags

- Sensibilisierung für die Verantwortung bei Diagnosestellung
- Differentialdiagnostik ist zentral
- Behandlung: Es gibt evidenzbasierte Verfahren, die die Lebensqualität der Familien entscheidend verbessern können, diese werden jedoch häufig nicht angewendet.



Internetrecherche: Qualität der Darstellung im Internet

(in Anlehnung an Reichow et al., 2012; 2013)



Kamp-Becker et al., 2019



Autismus und Stigma

- Öffentlichkeit:
 - Niedriger als bei anderen psychischen Störungen (z.B. Schizophrenie, bipolare Störung, ADHS, Persönlichkeitsstörungen) Baeyens et al. 2017; Durand-Zaleski et al. 2012; Dubreucq et al., 2020
- Selbst-Stigmatisierung:
 - Eltern von 206 Kindern mit ASD gaben weniger Erleben von Stigmatisierung an als bei anderen Störungen Bachmann et al., 2019
 - N= 149 Erwachsene mit ASD, Ausmaß des Selbststigma deutlich niedriger als bei anderen psychischen Störungen: 85% kaum oder kein Stigma, 15% erleben ein moderates oder deutliches Stigma; eher bei Personen ≥ 35 Jahre (OR: 4.36) und niedrigem Bildungsniveau (OR: 6.00); Bachmann et al., 2019



Autismus-Spektrum-Störung

- starke Veränderung der diagnostischen Kriterien in den Klassifikationssystemen (DSM-III/ICD-9 bis DSM-5/ICD11)
- Veränderung der Konzeption: von prototypischen Fällen (beobachtbares Verhalten, Entwicklungsstörung; medizinisches Modell) hin zu Diversity/Spektrum (Identität, inneres Erleben, sehr viele Komorbiditäten; soziales Modell)



Autismus-Spektrum-Störung

- **Konzeption als genetisch bedingte neuronale Entwicklungsstörung**
- **Anhaltende** Defizite in der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion **über verschiedene Kontexte** hinweg.
 - Defizite in der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit
 - Abnorme soziale Kontaktaufnahme; Fehlen von normaler wechselseitiger Konversation; Verminderter Austausch von Interessen, Gefühlen und Affekten; Unvermögen, auf soziale Interaktionen zu reagieren bzw. diese zu initiieren
 - Defizite im nonverbalen Kommunikationsverhalten, das in sozialen Interaktionen eingesetzt wird
 - schlecht aufeinander abgestimmten verbalen und nonverbalen Kommunikation; abnormer Blickkontakt und abnormer Körpersprache; Defizite im Verständnis und Gebrauch von Gestik; vollständiges Fehlen von Mimik und nonverbaler Kommunikation
 - Defizite in der Aufnahme, Aufrechterhaltung und dem Verständnis von Beziehungen
 - Schwierigkeiten das eigene Verhalten an verschiedene soziale Kontexte anzupassen; Schwierigkeiten sich in Rollenspielen auszutauschen oder Freundschaften zu schließen; Fehlen von Interesse an Gleichaltrigen



Autismus-Spektrum-Störung

- **Konzeption als genetisch bedingte neuronale Entwicklungsstörung**
- **Anhaltende** Defizite in der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion **über verschiedene Kontexte** hinweg.
 - Defizite in der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit; Defizite im nonverbalen Kommunikationsverhalten, das in sozialen Interaktionen eingesetzt wird; Defizite in der Aufnahme, Aufrechterhaltung und dem Verständnis von Beziehungen
- **Eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten, die sich störend** auf andere Aktivitäten/den Alltag auswirken.
 - Stereotypien oder repetitive Bewegungsabläufe, stereotyper Gebrauch von Sprache; zwanghaftes Festhalten an Gleichbleibendem; Hyper-/Hypo-Reaktivität auf sensorische Reize; intensive, stereotype, ungewöhnliche Interessen



Autismus-Spektrum-Störung

- **Konzeption als genetisch bedingte neuronale Entwicklungsstörung**
- **Anhaltende** Defizite in der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion **über verschiedene Kontexte** hinweg.
 - Defizite in der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit; Defizite im nonverbalen Kommunikationsverhalten, das in sozialen Interaktionen eingesetzt wird; Defizite in der Aufnahme, Aufrechterhaltung und dem Verständnis von Beziehungen
- Eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten, die sich **störend** auf andere Aktivitäten/den Alltag auswirken.
 - Stereotypien; zwanghaftes Festhalten an Gleichbleibendem; stereotype Interessen; Hyper-/Hypo-Reaktivität auf sensorische Reize, intensive, stereotype, ungewöhnliche Interessen
- Die Symptome müssen bereits in der **frühen** Entwicklungsphase vorliegen.
- Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise **Leiden oder Beeinträchtigung** in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- Die Symptomatik kann nicht durch eine **andere Störung** erklärt werden.

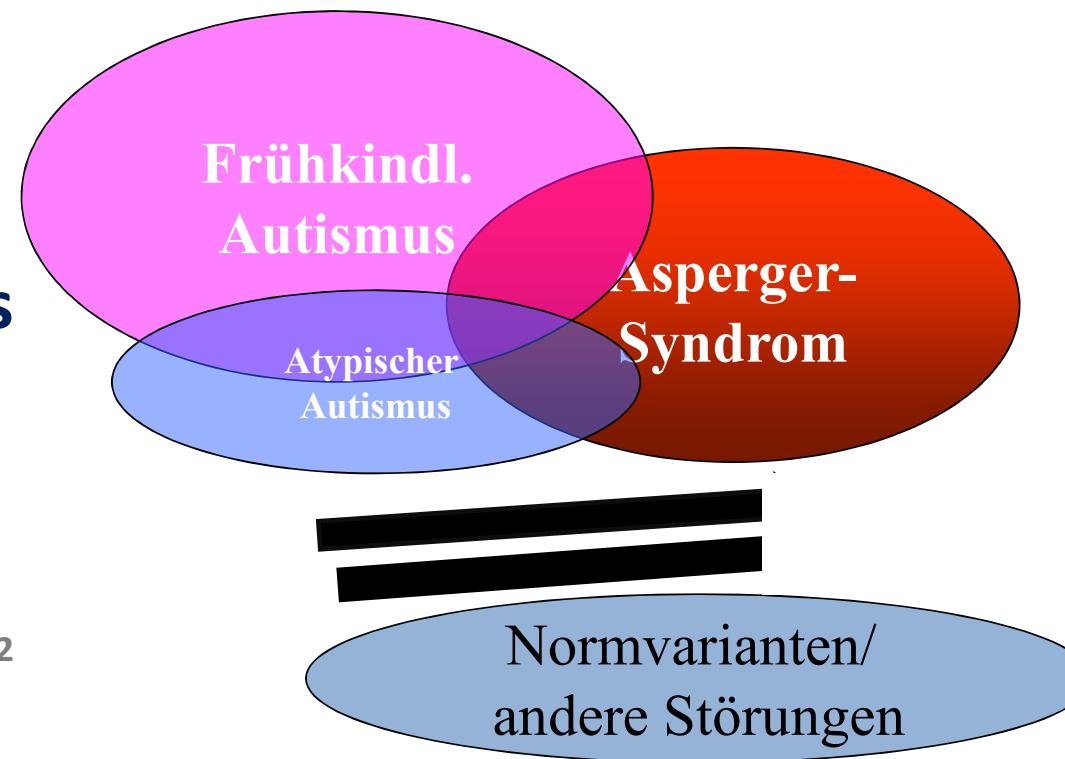


ICD-10: Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

Kategorial

Qualitative Abweichungen, die in **allen** Situationen ein **grundlegendes** Funktionsmerkmal darstellen, jedoch im Ausprägungsgrad **variieren**.

S3-Leitlinien, DGKJP et al., 2015; Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2012



Autismus-Spektrum-Störungen:

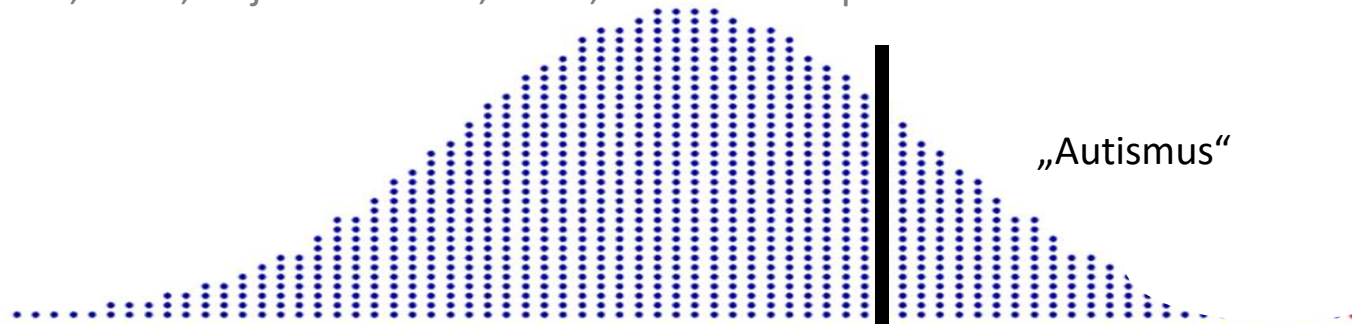
Dimensional

Konsequenzen:

- Klinische Aspekte: Einschätzung der Intensität (cut-off-Werte)
- Forschung: Regressions- oder latent factor Analysen, da nur graduelle Unterschiede; „autistic traits“

Empirische Evidenz:

- wenige Studien mit widersprüchlichen Ergebnissen; Normalverteilung nur in hochselektiven Stichproben Frazier et al., 2010, 2012; Georgiades et al., 2013; Hoekstra et al., 2008; Hus et al., 2013; Kim et al., 2019; Murray et al., 2014; Uljarević et al., 2020; Lord & Bishop 2021



Jeder Punkt stellt eine Person dar

Autismus-Spektrum-Störungen:

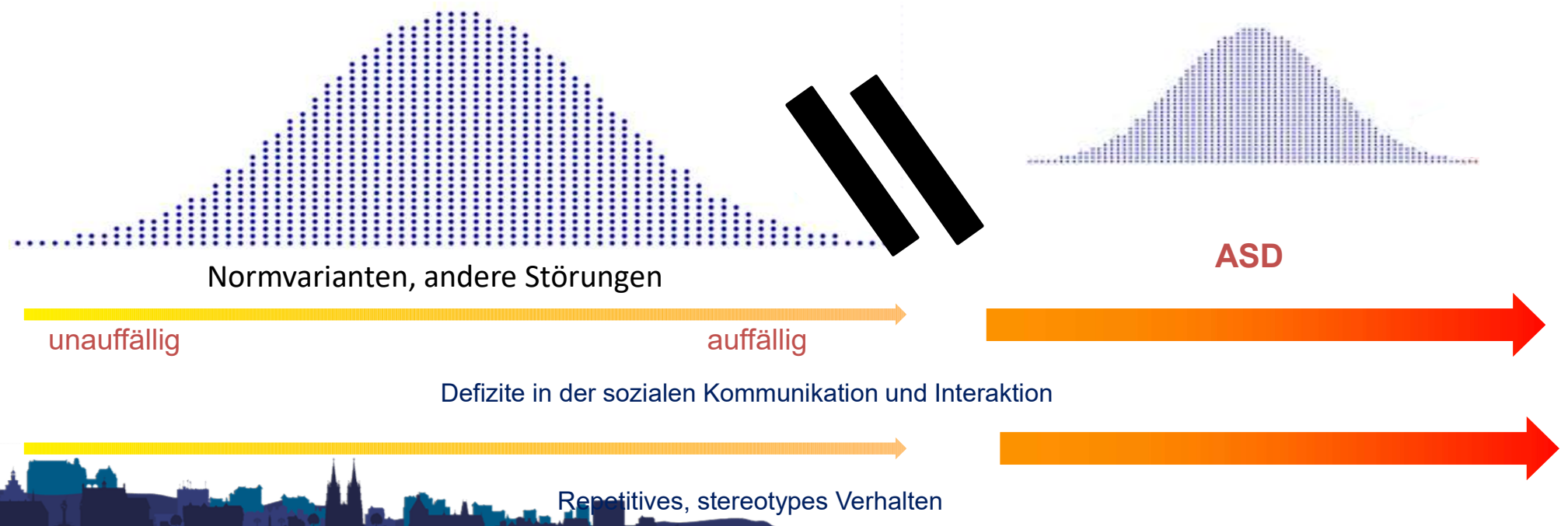
Hybrid

Konsequenzen:

- Klinische Aspekte: Kombination aus cut-off-Werten und kategorialer Entscheidung

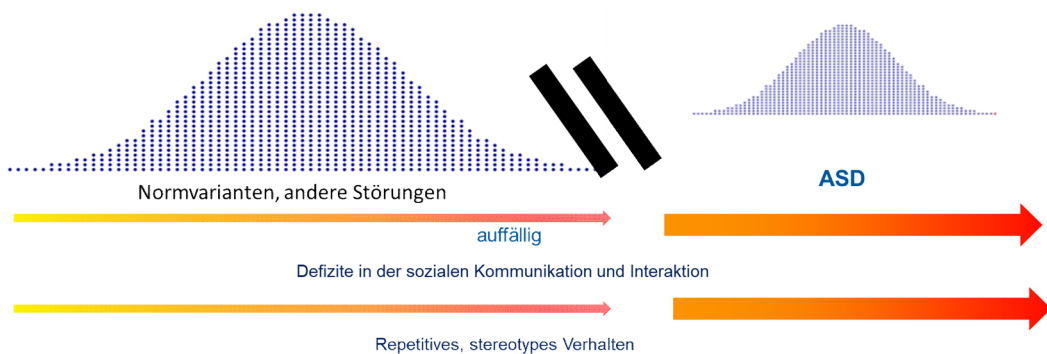
Empirische Evidenz:

- verschiedene methodische Ansätze, die Hybrid Modell bestätigen Abbeduto et al., 2014; Abu-Akel et al., 2019; Elton et al., 2016; Frazier et al., 2010; Frazier et al., 2012; Jalbrzikowski et al., 2017; Tang et al., 2020; Meta-Analyse: Haslam et al., 2020; Wittkopf et al., 2022; Frazier et al., 2023



DSM-5: Neurodevelopmental Disorder

Hybrid Modell mit kategorialer Diagnose



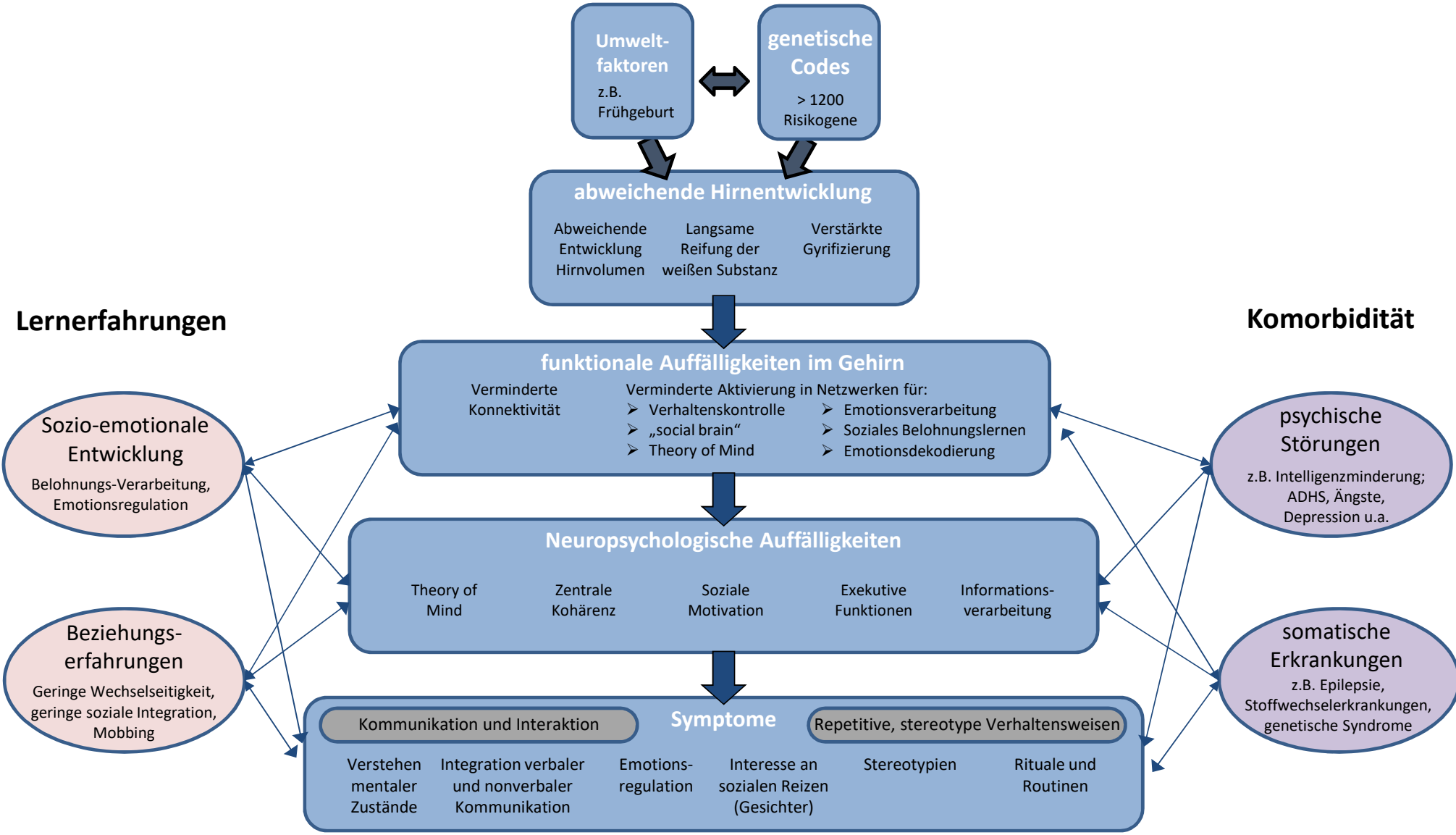
Kategoriale Diagnosen bleiben jedoch weiter bestehen, da „es wissenschaftlich verfrüht ist, derartige alternative Definitionen für viele Störungen einzuführen“ DSM-5, p 18

In Kombination mit:

- Sprachstörung?
- Intelligenzminderung?
- ADHS?
- Andere psychische Störungen?



Störungskonzept



Störungskonzept: Implikationen für die Diagnostik

Autismus = „neurodevelopmental disorder“, Störung der pränatalen und postnatalen

- Hirnentwicklung bedingt durch einen genetischen Hintergrund, die mit einer
Kein Zweifel an der empirisch gesicherten Erkenntnis, daß Autismus eine Störung
ist, deren Beginn bereits im zweiten Lebensjahr oder früher zu beobachten ist.
veränderten Konnektivität des Gehirns und einer veränderten
Informationsverarbeitung einhergeht.

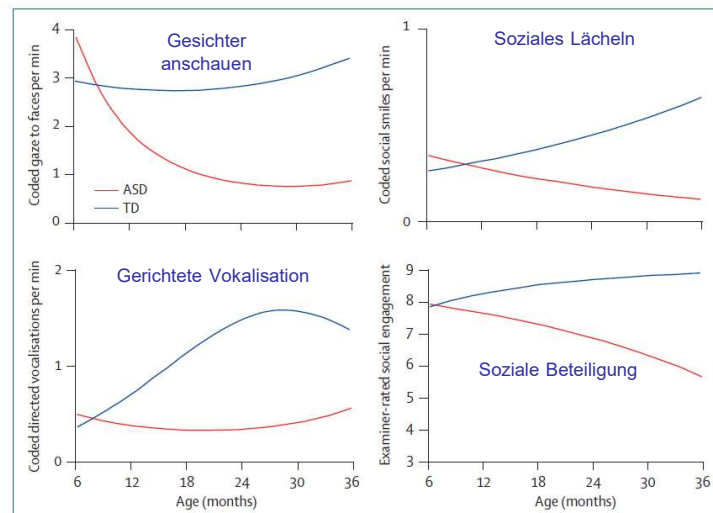
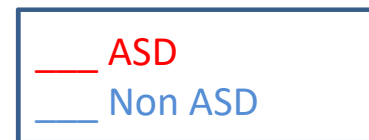


Figure: Estimated trajectories for social communication behaviours in children with autism spectrum disorder. The trajectories are based on a prospective study²³ of 25 infants later diagnosed with an autism spectrum disorder (ASD) and 25 sex-matched children at low risk of ASD who were later determined to have typical development (TD). Participants were evaluated at 6, 12, 18, 24, and 36 months of age. Frequencies of gaze to faces, social smiles, and directed vocalisations were coded from video. Examiners rated three behaviours—frequency of eye contact, frequency of shared affect, and overall social responsiveness—to create a social engagement composite score (range 3–9). The results suggest that behavioural signs of autism are not necessarily present as early as 6 months of age, but begin to emerge in the first year and early in the second year of life. Reproduced from Ozonoff and colleagues,²³ by permission of Elsevier.

DSM-5: „....sofern keine Belege für gute soziale und kommunikative Fertigkeiten in der Kindheit vorliegen.“

Ellis Weismer et al., 2010; Guthrie et al., 2013; Landa et al., 2006; Messinger et al., 2013; Mitchell et al., 2006; Lord et al., 2012; Ozonoff et al., 2011, 2014; Warren & Jones, 2013; Zwaigenbaum et al., 2005



Constantino & Charman, *The Lancet*, 2016, p 287

Störungskonzept: Implikationen für die Diagnostik

- Beginn in der frühen Kindheit
 - in allen Situationen

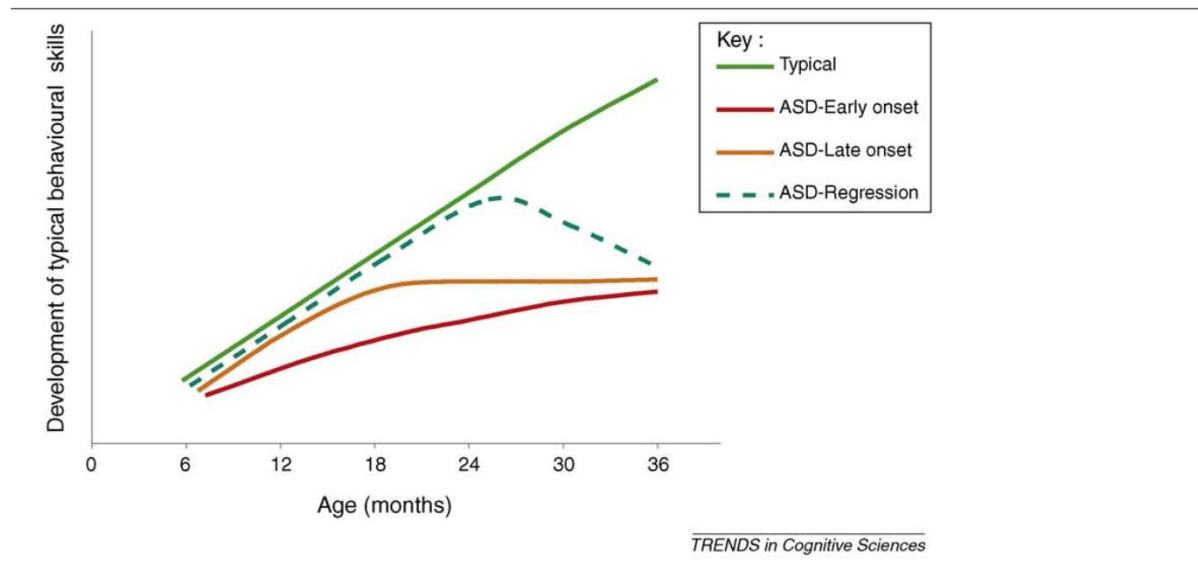


In einer standardisierten, spezifischen und gut durchgeführten Verhaltensbeobachtung sollte man Symptome sehen!
Wenn keine Symptome vorhanden, dann kann Autismus ausgeschlossen werden.
Sind Symptome vorhanden, sollte weitere Diagnostik erfolgen!



Störungskonzept: Implikationen für die Diagnostik

- Beginn in der frühen Kindheit
 - in allen Situationen
- persistieren über die Lebensspanne



Jones & Klin, 2009

Elsabbagh & Johnson, 2009; p 83



Autismus-like Traits

- Das Vorliegen von Autismus-Traits erhöht das Risiko für die Entwicklung anderer psychischer Störungen bzw. sind für den Verlauf anderer psychischer Störungen prognostisch ungünstig Lundstrom et al. 2011; Lin et al. 2022; Dell-Ossa et al., 2018, 2021; Gillett et al., 2022; Pender et al. 2021; Chabrol & Raynal, 2018
- **Prävalenz von „autistic-like traits“ bei ADHS**
 - Bis zu 60% der Patienten mit ADHS zeigen soziale Probleme im ähnlichen Ausmaß wie bei Autismus Ros & Graziano 2018 (Metaanalyse); Zhang et al., 2022
 - Insbesondere diejenigen mit Hyperaktivität haben ein hohes Risiko für soziale Isolation im Verlauf Thompson et al., 2023
 - Ca. ein Drittel der Patienten mit ADHS haben einige „autistisch anmutende“ Symptome van der Meer et al., 2012
 - diese Patienten haben mehr Auffälligkeiten in den Bereichen Störung des Sozialverhaltens, Angststörungen, sprachliche, kognitive und motorische Auffälligkeiten und bilden eine Subgruppe der ADHS Mulligan et al., 2009; Cooper et al., 2014; Green et al., 2016; van der Meer, 2012
- **Prävalenz „autistic-like traits“ bei Angststörungen /affektiven Störungen**
 - 71% haben „autistic-traits“; 25 – 75% bei Angst- oder affektiven Störungen Tonge et al., 2016; Liew et al., 2015; Jackson et al., 2016; van Steenel et al, 2013; Wittkopf et al., 2022
- **Prävalenz von „autistic-like traits“ bei Persönlichkeitsstörungen: sehr hoch, kaum zu unterscheiden** May et al., 2021



Beispiel: Medienkonsum und Autismus-like-Traits

- Alle Altersgruppen: negativer Effekt auf Schlaf, körperliche Gesundheit, soziale Kompetenzen (z.B. reduzierte Fähigkeit Mimik in Gesichtern zu erkennen und einzuschätzen → Autismus-like-traits) Gwynette et al., 2018; Engelhardt, et al., 2013

Hoher Medienkonsum im jungen Alter

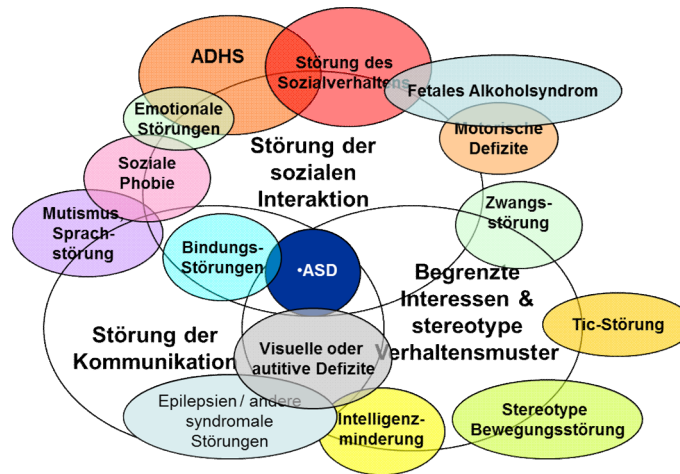
- assoziiert mit „autistic like traits“ Heffler et al., 2020: Studie an 2152 Kindern im Alter von 12 und 18 Monaten; s.a. Melchior et al., 2022, Gunes et al., 2023; Aishworiya et al., 2022; Chen et al., 2021
 - Verstärktes Spielen der Eltern mit ihren Kindern hingegen mit weniger „autistic traits“ assoziiert
 - Elternteraining zur Reduktion von Medienkonsum und vermehrtem interaktivem Spielen reduziert „autistic traits“ und auch elterlichen Stress Heffler et al., 2022; Sadeghi et al., 2019



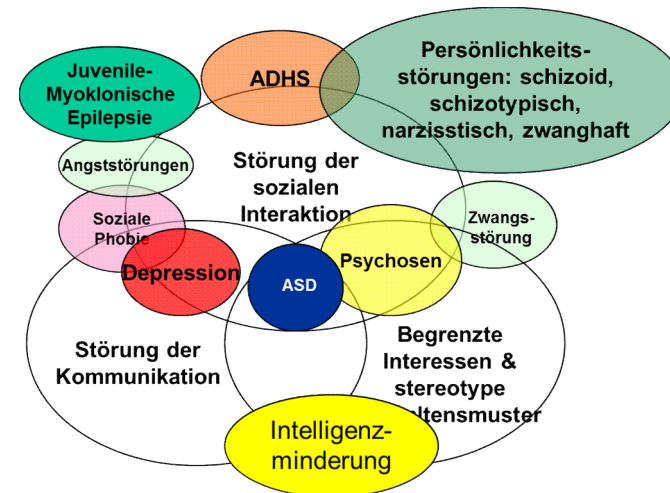
Störungskonzept: Implikationen für die Diagnostik

- Beginn in der frühen Kindheit
 - in allen Situationen
- persistieren über die Lebensspanne
- Symptomatik ist nicht durch das Vorliegen anderer Störungen ausreichend erklärbar

Kinder- und Jugendliche



Erwachsene



<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-018.html>

Constantino & Charman, The Lancet, 2016

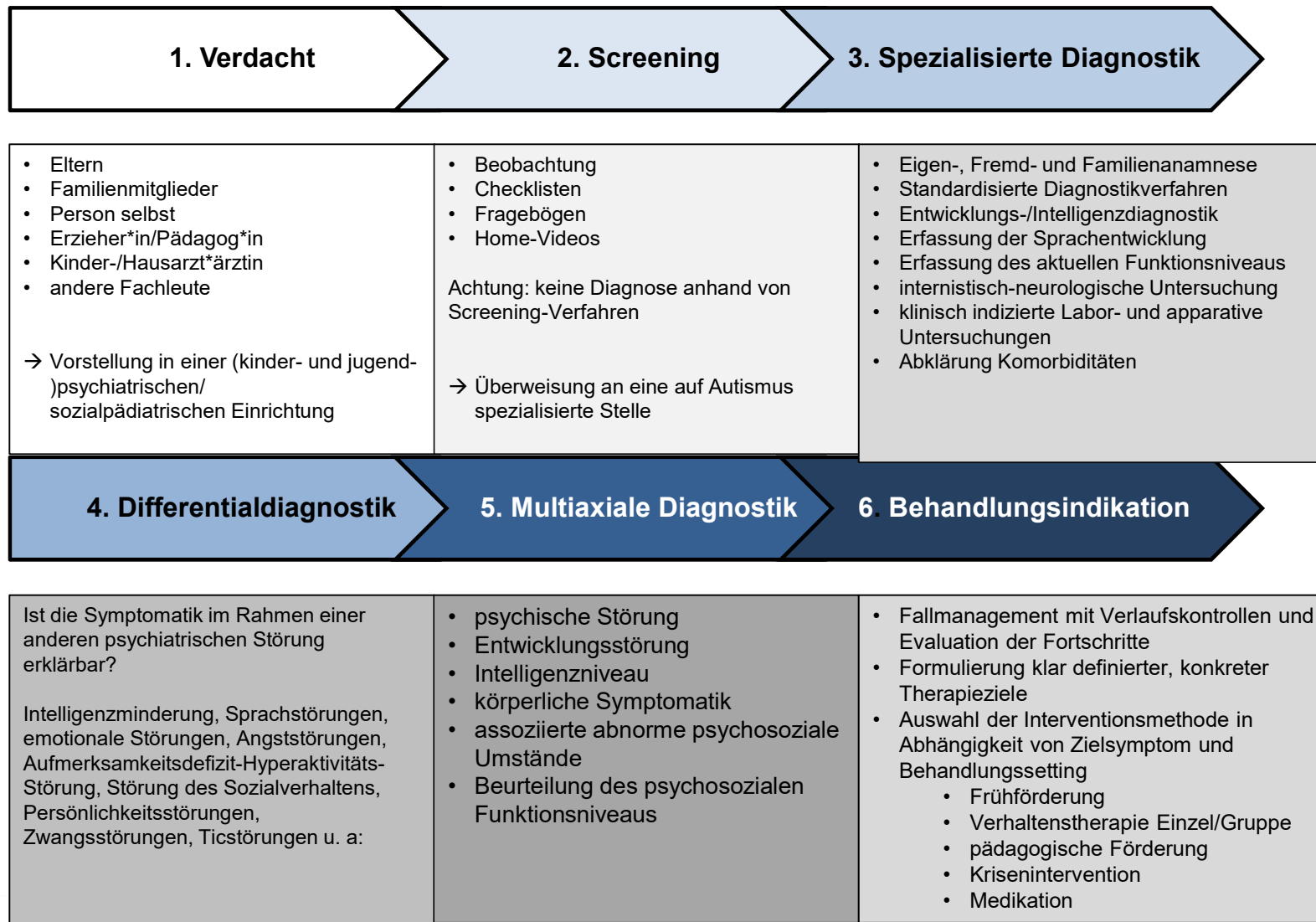


Grundlegendes und Implikationen des Störungskonzeptes

- Autismus beginnt in der frühen Kindheit und nicht im Jugend- oder Erwachsenenalter.
- Die Symptomatik zeigt sich – in unterschiedlicher Intensität – in allen Lebenssituationen im Verhalten und nicht nur im eigenen Erleben
- und persistiert über die Lebensspanne;
- ist nicht durch das Vorliegen anderer Störungen ausreichend erklärbar
 - Autistic-like-traits ≠ Autismus



Diagnostikprozess



Diagnostik-Leitlinie: Screening-Verfahren

- **The Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)**
 - Altersbereich: 18 Monate bis 3 Jahre; Internet
 - **niedrige Spezifität (siehe Diagnostik-Leitlinien);** Towle et al., 2016; Garcia-Primo et al., 2014; Gray 2018,
- **Fragebogen über Verhalten und soziale Kommunikation (FSK)**
 - Altersbereich ab 4 Jahre Bölte & Poustka, 2006
 - **mäßige Spezifität (siehe Diagnostik-Leitlinien);** Barnand-Brak et al., 2016; Chesnut et al., 2017; Marvin et al., 2017; Rosenberg et al, 2018
- **Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom (MBAS)**
 - Altersbereich: 6 bis 24 Jahre
 - Verdacht auf Asperger-Syndrom; Kamp-Becker et al., 2005
 - kann bei der Fragestellung einer **hoch-funktionalen Autismus-Spektrum-Störung** eingesetzt werden, ABER kaum Studien
- **Social Responsiveness Scale (SRS)**
 - kann ab dem **Vorschul-** bis in das **Jugendalter** eingesetzt werden
 - **ACHTUNG: geringe Spezifität** Hus et al., 2013; Cholemkery et al., 2014; Moul et al., 2015; Li et al., 2018
- **Autismus-Quotient (AQ) und Empathie-Quotient (EQ)**
 - Altersbereich: Kinder, Jugendliche und Erwachsene; Internet
 - **sehr niedrige Spezifität** Ketelaars et al., 2008; Naito et al., 2010; Lehnhardt et al., 2014; Aswood et al., 2016;

Norris & Lecavalier, 2010, Hoffmann et al., 2015; Warren et al., 2012; Baghdadli et al., 2016; Hirota et al., 2018; Wigham et al., 2018



Vergleich der prädiktiven Symptome zwischen Autismus und anderen psychischen Störungen

- 3.648 Fälle (1887 mit ASD; 1764 mit V.a. ASD, aber andere Diagnose wurde gestellt)
- Alter: 1-72 Jahre
- IQ: 38-150
- 18% weiblich



Identifizierung der für die Diagnose prädiktiven, wichtigsten Symptome (Items von ADOS & ADI-R), die ASD von anderen Störungen differenziert.

Variable Importance by Mean Decrease in Accuracy

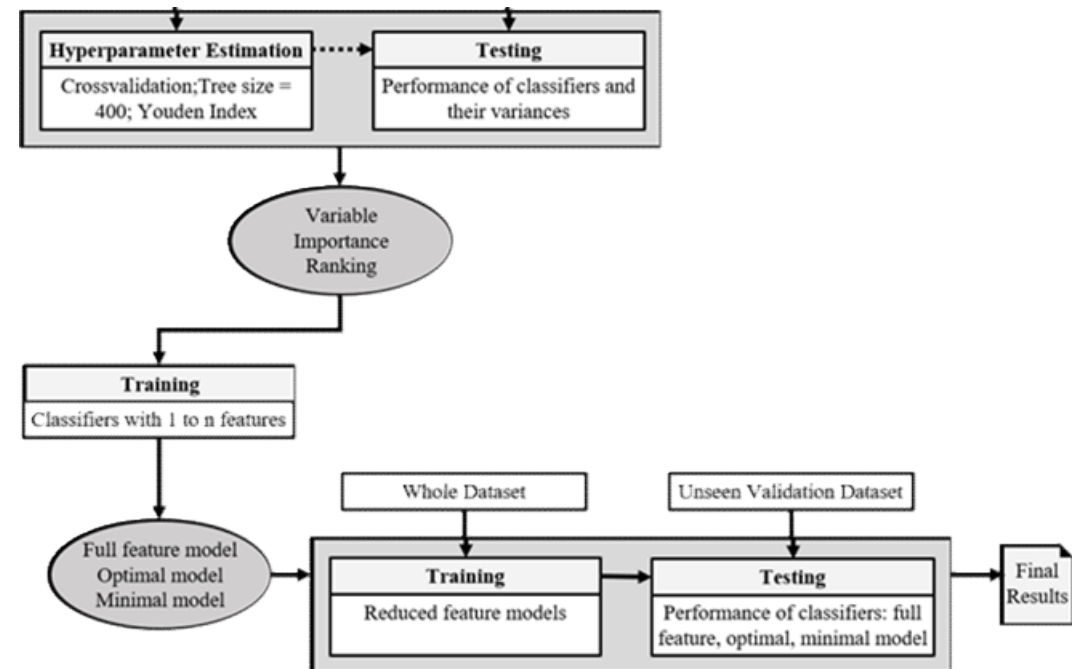


Figure S1. Flow diagram of the steps in the machine learning process.

Kamp-Becker et al., 2021; Stroth et al., 2021; Kupper et al., 2020; Schulte-Ruether et al., 2022; Stroth et al., 2022; Wittkopf et al., 2022; Wolf et al., 2022

Autismus-Lotse

- Website mit evidenzbasierten Informationen über Autismus
 - www.autismus-lotse.de
 - Über die Lebensspanne
 - Autismus-Lexikon
- Training-Tool (derzeit noch in der Evaluation)
 - 12 Lektionen, die die identifizierten prädiktiven Features darstellen
 - Ziel: Aufmerksamkeit auf die wesentlichen Merkmale zu richten und lernen diese zu beobachten!
 - Kein diagnostischer Test, sondern Lernplattform
 - Dauer: 2½ Stunden



Spezialisierte Stelle: Bestandteile der Diagnostik

Diagnostische Abklärung soll in jedem Alter mindestens folgende Elemente beinhalten

1. Symptomerfassung im Quer- und Längsschnitt
2. **Anamneseerhebung mit detaillierter Erfassung von ICD-10 Symptomen im Vor- und Schulalter** (Eigen- und Fremdanamnese)
3. **Direkte Verhaltensbeobachtung**
4. Entwicklungsdiagnostik bzw. mehrdimensionale kognitive Testung
5. Standardisierte Erfassung der Sprachentwicklung
6. Erfassung des aktuellen Funktionsniveaus
7. Internistisch-neurologische Untersuchung
8. Klinisch indizierte Labor- und apparative Untersuchungen
9. Abklärung vorhandener internistisch-neurologischer sowie psychiatrischer differentialdiagnostischer/komorbider Erkrankungen

Standardisierte Verfahren

S3 Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-018.html>

- Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2) /
Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen
Lord et al., 2000; Poustka et al., 2015
- &
- Autism Diagnostic Interview (ADI-R) / Diagnostisches Interview
für Autismus – Revidiert Lord et al., 1994; Bölte et al., 2006

Cut-off Werte überschritten, aber: KEIN AUTISMUS vorliegend

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätstörung (ADHS)

- 21% in Verhaltensbeobachtung **ADOS/-2**: Grzadzinski et al., 2016; Hayashi et al., 2022
- 30% im **ADI-R** Grzadzinski et al., 2016

Störung des Sozialverhaltens

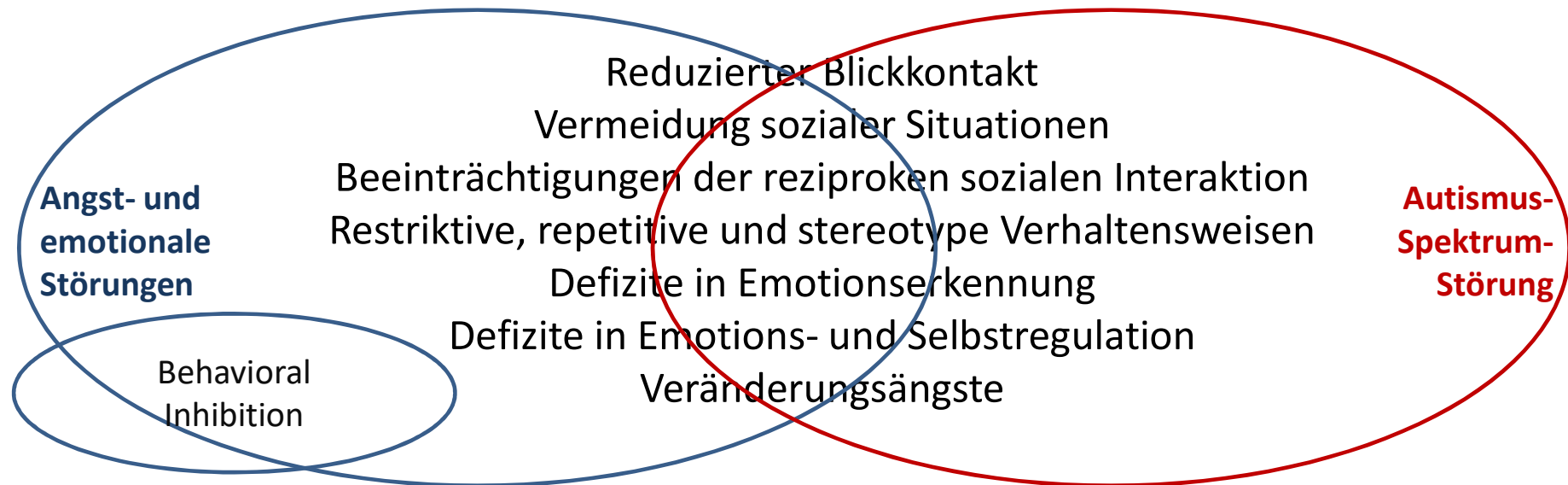
- 20% im **ADOS-2**: Kamp-Becker et al., 2017

Internalisierende Störungen

- **ADOS**: bis zu 29% Sikora et al., 2008; Wittkopf et al., 2021
 - ACHTUNG bei Sozialer Phobie insbesondere ab Jugendalter!
- **ADI-R**: bis zu 49% überschreiten mindestens einen der drei cut-off-Werte van Steensel et al., 2013, Wittkopf et al., 2021
 - 34.4 % Wechselseitige soziale Interaktion; 18% Kommunikation; 26.2% repetitives, stereotypes Verhalten



Symptomüberlappung: Angst- und emotionale Störungen – Autismus- Spektrum-Störung



Clath et al., 2008; Cholemkery et al., 2014; Guttman-Steinmetz et al. 2010; Hartley & Sikora, 2009; Pine et al. 2008; Postorino et al., 2018; Renno & Wood 2013; Towbin et al., 2005; Tyson & Cruess, 2012; Tseng et al., 2017; Uljarević et al., 2017; van Hulle et al., 2012; van Steensel et al., 2013; Wong et al. 2012; Keating et al., 2023



Cut-off Werte überschritten, aber: KEIN AUTISMUS vorliegend

Bindungsstörungen

- ADOS: **20 %** falsch positiv Sadiq et al., 2012; Davidson et al., 2015 Sikora et al., 2008
- **Interview:** 63% Kommunikation; 46% reziproke soziale Interaktion, 20% repetitive und stereotype Verhaltensweisen

Zwangsstörungen

- ADOS: **11%** falsch positiv Langmann et al., 2017

Persönlichkeitsstörungen

- Screening differenziert nicht Ketelaars et al., 2008; Naito et al., 2010; Lehnhardt et al., 2014; Aswood et al., 2016
- ADOS: **50-58%** falsch positiv Langmann et al., 2017; Adamou et al., 2021



Implikationen für die klinische Arbeit

- Es ist differenziert einzuschätzen, ob die vorliegenden Symptome nicht durch das Vorliegen einer der nachfolgend genannten Störungen ausreichend erklärt sind:
 - Entwicklungsstörungen:
 - Sprachstörungen
 - Globale Entwicklungsstörungen oder Intelligenzminderung
 - Psychische und Verhaltensprobleme bzw. Störungen:
 - Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
 - Emotionale Störungen und Angststörungen
 - Affektive Störungen
 - Oppositionelles Verhalten / Störung des Sozialverhaltens
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Zwangsstörungen
 - Bindungsstörungen
 - stereotype Bewegungsstörung
 - Psychotische Störungen

Verlauf: Prädiktive Faktoren

- Sprachfähigkeit im Alter von 6 Jahren
 - **Therapieplanung:** Bei jungen Kindern ist Sprachförderung unter Einbezug der Eltern und mit evidenzbasierten Verfahren indiziert!

Kamp-Becker et al., 2009; Taylor et al., 2009; Fountain et al., 2012; Gotham et al., 2012; Kjellmer et al., 2012; Strauss et al., 2013; Anderson et al., 2014; Magiati et al., 2014; Vivanti et al., 2014; Bal et al., 2015; Hedvall et al., 2015; Lord et al., 2015; Ausderau et al., 2016; Gillberg et al., 2016; Flor et al., 2017; Goodwin et al., 2017; Bieleninik et al., 2017; Ketcheson et al., 2021; Strauss et al., 2013; Lord et al., 2015, Simonoff et al., 2012, Verheij et al., 2015; Mason et al., 2021; Pickles et al., 2021; Clarke et al., 2021



Verlauf: Prädiktive Faktoren

- Sprachfähigkeit im Alter von 6 Jahren
- Kognitive & adaptive Fertigkeiten
- **Therapieplanung: Förderung der adaptiven Fertigkeiten im Verlauf wichtig!**

Kamp-Becker et al., 2009; Taylor et al., 2009; Fountain et al., 2012; Gotham et al., 2012; Kjellmer et al., 2012; Strauss et al., 2013; Anderson et al., 2014; Magiati et al., 2014; Vivanti et al., 2014; Bal et al., 2015; Hedvall et al., 2015; Lord et al., 2015; Ausderau et al., 2016; Gillberg et al., 2016; Flor et al., 2017; Goodwin et al., 2017; Bieleninik et al., 2017; Ketcheson et al., 2021; Strauss et al., 2013; Lord et al., 2015; Simonoff et al., 2012; Verheij et al., 2015; Mason et al., 2021; Pickles et al., 2021; Clarke et al., 2021



Verlauf: Prädiktive Faktoren

- Sprachfähigkeit im Alter von 6 Jahren
- Kognitive & adaptive Fertigkeiten
- Schwere der Symptomatik
- Mehr Effekte der Interventionen bei milderer Symptomatik Ben-Itzchak & Zachor, 2007; Gordon et al., 2011; Crank et al., 2021; Yoder et al., 2021

Kamp-Becker et al., 2009; Taylor et al., 2009; Fountain et al., 2012; Gotham et al., 2012; Kjellmer et al., 2012; Strauss et al., 2013; Anderson et al., 2014; Magiati et al., 2014; Vivanti et al., 2014; Bal et al., 2015; Hedvall et al., 2015; Lord et al., 2015; Ausderau et al., 2016; Gillberg et al., 2016; Flor et al., 2017; Goodwin et al., 2017; Bieleninik et al., 2017; Ketcheson et al., 2021; Strauss et al., 2013; Lord et al., 2015, Simonoff et al, 2012, Verheij et al., 2015; Mason et al., 2021; Pickles et al., 2021; Clarke et al., 2021



Verlauf: Prädiktive Faktoren

- Sprachfähigkeit im Alter von 6 Jahren
 - Kognitive & adaptive Fertigkeiten
 - Schwere der Symptomatik
 - sowie komorbide Störungen
- **Behandlung hat hohe Relevanz für Verlauf und Outcome**
 - **Dringende Notwendigkeit komorbide Symptomatik früh zu behandeln!**
 - **Leitliniengerechte Behandlung ist indiziert!**

Kamp-Becker et al., 2009; Taylor et al., 2009; Fountain et al., 2012; Gotham et al., 2012; Kjellmer et al., 2012; Strauss et al., 2013; Anderson et al., 2014; Magiati et al., 2014; Vivanti et al., 2014; Bal et al., 2015; Hedvall et al., 2015; Lord et al., 2015; Ausderau et al., 2016; Gillberg et al., 2016; Flor et al., 2017; Goodwin et al., 2017; Bieleninik et al., 2017; Ketcheson et al., 2021; Strauss et al., 2013; Lord et al., 2015; Simonoff et al., 2012; Verheij et al., 2015; Mason et al., 2021; Pickles et al., 2021; Clarke et al., 2021



Komorbidity: Kinder und Jugendliche - Prävalenz

- Mehrheit (70-96%) hat mindestens eine komorbide Störung

Simonoff et al, 2008; Lundström et al., 2015; Hossein et al., 2020

- Prävalenzangaben

- Bis zu 68% der Kinder weisen aggressives Verhalten gegenüber der Bezugsperson auf! Kanne et al., 2011

- Bis zu 57% ADHS-Symptome/Diagnose Nice Guidelines, 2011; Simonoff et al., 2008, Levy et al., 2010; Taurines et al.2012; Matson et al. 2013; Berenguer-Former et al., 2015; Chien et al., 2021

- Bis zu 62 % Angststörungen van Steensel et al., 2011 bzw. Simonoff et al., 2008; Kreslins et al., 2015; Hollocks et al., 2019

- Bis zu 47% für Depression Hollocks et al., 2018; Hudson, Hall, & Harkness, 2019; Lai et al., 2019; Hollocks et al., 2019



Komorbidität: Relevanz

- kumulativer Effekt → noch größere Beeinträchtigung und Reduktion der täglichen Anpassungsfähigkeit, schlechter Verlauf
Matson & Goldin, 2013, Fitzpatrick et al., 2016
 - komorbid vorliegende Angststörung verstärkt die Kernsymptomatik der ASD Mayes et al. 2011; Hallett et al. 2012a, b; Kelly et al. 2008; Sukhodolsky et al., 2008; Kamp-Becker et al., 2009; Spiker et al., 2012; McVey et al., 2018; Avni et al., 2018
- je stärker ausgeprägt die externalen Verhaltensauffälligkeiten sind, desto höher sind der mütterliche Erziehungsstress und die familiäre Belastung Leyfer et al., 2006; Zaidman-Zait et al., 2017; Giovagnoli et al., 2015
- Belastung durch komorbide Verhaltensauffälligkeiten größer als die durch die Kernsymptomatik verursachte Fitzpatrick et al., 2016; Giovagnoli et al., 2015; Hastings et al., 2005; Lecavalier et al., 2006; Samson et al., 2015



Störungskonzept: Implikationen für die Therapie

- früher Behandlungsbeginn Dawson et al., 2012; Green et al, *Lancet*, 2015
 - bei sehr jungen Kindern!
 - ansonsten: reliable und valide Diagnose hat Priorität!
- Indiziert sind **verhaltenstherapeutische Interventionen** Smith et al., 2000; Rogers & Vismara, 2008; Eldenik et al., 2009; Howlin et al., 2009, Reichow & Wolery, 2009; Kamp-Becker et al. , 2010; Poustka et al., 2012; Strauss et al., 2013; Poustka & Kamp-Becker, 2015
- verhaltenstherapeutisches Gesamtkonzept mit Nennen von Therapiezielen:
 - übergeordnetem Therapieziel: größtmögliche Selbständigkeit und Autonomie, Förderung angemessenen Verhaltens, Lebensqualität der gesamten Familie verbessern
 - Festlegung von konkreten, individuellen und überprüfbaren Zielen
- individuelles Entwicklungs- und Symptomprofil sowie Verhaltensanalyse, welches in einem individuellen Störungsmodell integriert ist
 - Komorbiditäten beachten und behandeln!
- sehr strukturiertes Vorgehen mit vielen Wiederholungen in verschiedenen situativen Kontexten
 - enger Einbezug der Eltern / Umfeld
- Grenzen des Möglichen akzeptieren



Therapie-Leitlinie: Autismus

Vorgehen

Schritt 1: Fallmanagement einrichten

- Interventionen/Maßnahmen sollten von einer Hand koordiniert, vernetzt und abgestimmt werden, um Lücken, Dopplungen, unwirksame oder sogar schädliche Interventionen zu vermeiden
- Fallmanagement und **Verlaufsuntersuchungen** durch approbierte Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Psychiatrie, approbierte Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte für Pädiatrie.....
- Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung und ihren Familien sollen bei entsprechender Indikation die in dieser Leitlinie dargestellten **evidenz-basierte Interventionen** angeboten werden



Therapie-Leitlinie: Autismus

Vorgehen

Schritt 2: Festlegung der Therapieziele

- Jede Therapie und Intervention soll mit **klar definierten, konkreten** formulierten Therapiezielen sowie für **einen befristeten Zeitraum** geplant werden
 - sukzessive Erreichen kurz- und langfristiger, konkreter Therapieziele, die **überprüft** und – je nach Notwendigkeit – auch **angepasst** werden müssen
 - jede Person mit Autismus-Spektrum-Störung und im Kindes- und Jugendalter auch die Sorgeberechtigten sollen an der Formulierung von konkreten Therapiezielen beteiligt werden, die realistisch und dem jeweiligen individuellen Bedarf angemessen definiert werden sollen
 - auf **maximal mögliche Selbständigkeit und Unabhängigkeit** von externen Hilfen soll bei jeder therapeutischen und unterstützenden Maßnahme immer geachtet werden
 - übergeordnete Therapieziel: die **Verbesserung der Lebensqualität** und der **Teilhabemöglichkeiten** von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen und ihren Familien



Therapie-Leitlinie: Autismus

Vorgehen

Schritt 3: Auswahl der Intervention

- Gliederung der Leitlinie:
 - evidenz- oder konsensbasierte Aussagen
 - zu spezifischen **Zielsymptomen**
 - in Abhängigkeit von **Alter**
 - und **Intelligenzniveau**



Ziele dieses Vortrags

- Sensibilisierung für die Verantwortung bei Diagnosestellung
 - Falsch positive Diagnosen haben mindestens ebenso negative Konsequenzen wie falsch negative!
- Differentialdiagnostik ist zentral
 - Sehr viele andere Störungen weisen „autistisch anmutende“ Symptomüberlappung auf, diese müssen in Betracht gezogen werden.
- Behandlung: Es gibt evidenzbasierte Verfahren, die die Lebensqualität der Familien entscheidend verbessern können
 - Die Behandlung sollte auf der Grundlage eines individuellen Störungsmodells unter Berücksichtigung aller relevanter Faktoren erfolgen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

