

Asperger-Syndrom und POS

(von Dr.med. Th. Girsberger, 4410 Liestal)

Einleitung

Seit Beginn seiner kinder- und jugendpsychiatrischen Tätigkeit, d.h. seit ca. 25 Jahren, befasste sich der Autor schwerpunktmässig mit der Diagnose und Therapie von POS-Kindern. Auf Grundlage dieser langjährigen klinischen Erfahrung wurde die Diagnostik immer mehr zu einer Routine-Angelegenheit und die Verdachtsdiagnose wurde anhand von Anamnese und klinischem Erstinterview im Familien-Kontext gestellt. Kognitive Tests (insbesondere der HAWIK-III) sowie eine klinische Beurteilung von neurologischer Reife und Motorik lieferten die für eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung (IV) als Geburtsgebrechen zusätzlich benötigten Fakten.

Die Grundpfeiler der POS-Diagnose sind gemäss Invalidenversicherung Störungen in folgenden 5 Bereichen:

- ❖ Verhalten (emotionale und Verhaltensstörungen)
- ❖ Antrieb (Hyperaktivität oder Hypoaktivität)
- ❖ Erfassen (Wahrnehmungsstörungen bzw. umschriebene kognitive Defizite)
- ❖ Konzentration
- ❖ Merkfähigkeit

Das POS-Konzept beruhte lange auf der Annahme einer minimalen Hirnschädigung und wurde im englischsprachigen Raum „Minimal Brain Dysfunction“ genannt. Die klinische Erfahrung wie auch wissenschaftliche Studien zeigten aber je länger je mehr, dass dieses Konzept nicht aufrechterhalten werden konnte. Bei einer Mehrzahl von POS-Kindern konnten in der Anamnese keine Hinweise für eine prä-, peri- oder postpartale Hirnschädigung gefunden werden. Vielmehr einigte man sich schliesslich darauf, dass genetische Ursachen in der Ätiologie des POS die Hauptrolle spielten.

Die eigene klinische Untersuchung erbrachte auch noch andere Symptome, die oft beobachtet werden konnten und in der Symptomliste der IV nicht vorkommen:

- ❖ Auffälligkeiten in Grob-, Fein- oder Visuomotorik
- ❖ Auffälligkeiten im kommunikativen bzw. Beziehungsbereich:
 - ausweichendes Verhalten bei Begrüssung und Abschied, ausweichender Blickkontakt
 - distanzloses Verhalten
 - Einwegkommunikation: schlechtes Zuhören und Tendenz zu langfädigem Monologisieren
 - Vorliegen von Interessengebieten, die mit ungewöhnlicher Intensität verfolgt werden und mit einer Vernachlässigung von Schule und anderen Pflichten einhergehen

Es muss hier im Übrigen noch auf die übliche Positionierung einer Kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis in bezug auf das POS eingegangen werden: Die POS-Diagnose und -Therapie ist primär eher eine Domäne der Neuropädiatrie und/oder der pädiatrischen Praxis mit POS-spezifischem Fortbildungshintergrund. Viele POS-Kinder werden in diesem Bereich mit Stimulanzen und spezifischer Erziehungsberatung erfolgreich versorgt und gelangen nie zum Kinderpsychiater. Es sind dies in aller Regel jene Kinder, die die diagnostischen Kriterien einer ADHS erfüllen.

In der eigenen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis hingegen „landeten“ über die Jahre all jene POS-Kinder, die auf die erwähnte pädiatrische Erstversorgung nicht oder nicht genügend ansprachen. Zusätzlich wurden auch immer wieder Kinder mit langjähriger unklarer Symptomatik ohne Diagnose von den Eltern angemeldet.

Eine in der vorliegenden Arbeit entwickelte Schlussfolgerung lautet nun: bei den meisten Kindern, die mit einer POS-Diagnose in die eigene Praxis überwiesen wurden oder dort eine solche Diagnose erhielten (und nicht immer die Kriterien für ein ADHS erfüllten), handelte es sich meist um Kinder mit einer Störung aus dem Bereich der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen bzw. aus dem Autismus-Spektrum-Bereich.

Versuch einer Synopsis von umschriebenen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen

Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, mithilfe eines eigenen Modells eine gewisse Klarheit im Dschungel der Begriffe Autismus-Spektrum, Entwicklungsstörungen und POS herzustellen. Es soll v.a. berücksichtigt werden, dass alle diese Diagnosen dimensionalen Charakter haben, sowohl untereinander wie gegenüber der Normalbevölkerung.

Das Autismus-Konzept von Simon Baron-Cohen (S.B.C.)

Simon Baron-Cohen hat sich schon lange mit dem Gebiet des Autismus und insbesondere mit dem Zusammenhang von Autismus und angeborenen Geschlechtsunterschieden befasst (1). Seine Theorie bezeichnet Autismus als eine Extremform des „männlichen“ Denkens. Dies ist eine Idee, die bereits Hans Asperger in seiner Originalarbeit von 1944 formulierte (2). Baron-Cohen betont, dass es sich sowohl bei den geschlechtsspezifischen Unterschieden im Denkstil wie auch beim Autismus nicht um klar abgrenzbare Einheiten handelt, sondern dass diese Unterschiede und Störungen einem Kontinuum folgen. Autismus ist demnach als Störung nicht einfach von Normalität abgrenzbar, ebenso wenig weisen alle Knaben Denkstil-Eigenschaften auf, die sie von allen Mädchen unterscheiden. Die Unterschiede sind fließend. Baron-Cohen stellt dies mit Gauss'schen Kurven dar, wo die deutlichen Unterschiede lediglich bei den extremen Abweichungen vom Mittelwert aufscheinen (Abbildung 1 und 2).

Als Begriffe bzw. Items, die den Unterschied im Denken von weiblichem und männlichem Geschlecht ausmachen, hat Baron-Cohen die Empathie und das „systematisierende Denken“ in den Vordergrund gestellt. Er hat auch Fragebogen-basierte Tests entworfen, die diese Items erfassen. Im Durchschnitt schneiden Frauen beim Empathie-Test besser ab, Männer besser beim systematisierenden Denken. Menschen mit einer Autismus-Diagnose schneiden im Empathie-Test am schlechtesten ab (Abb.1).

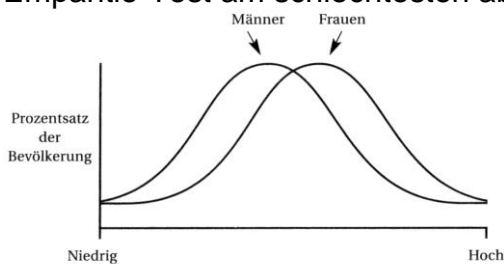


Abbildung 5:
Ergebnisse von Männern und Frauen beim Empathie-Test

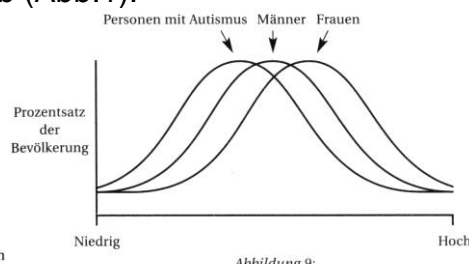


Abbildung 9:
Punktwerte von männlichen, weiblichen, autistischen Teilnehmern beim Empathie-Test

Abb.1 (aus S.B.C., „Vom ersten Tag an anders“)

Die Modifikation des Konzepts von S.B.C.

Ausgehend vom dimensionalen Ansatz von S.B.C. hat der Autor ein mehrdimensionales Schema entwickelt, das dazu dienen soll, eine Synopsis der Entwicklungsstörungen darzustellen, die sowohl die umschriebenen wie auch die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen umfasst. (Abb.2)

Als Merkmale werden nicht die Begriffe Empathie und Systematisierendes Denken gewählt, sondern es werden in 2 räumlichen Dimensionen (x- und y-Achse) insgesamt 4 Denkstile gegenübergestellt. Auf der horizontalen x-Achse ist das Kontinuum von links (kreativ) nach rechts (nachahmend) dargestellt. Das Wahrnehmen und Lernen kann eher durch kreative eigene Schöpfungen oder durch Nachahmen charakterisiert sein. Auf der vertikalen y-Achse ist das Kontinuum von unten (einseitig) nach oben (vielseitig) dargestellt. Das Denken und die Interessen eines Menschen können eher einseitig oder vielseitig orientiert sein.

Durch Kombination der x- und der y-Achse entsteht ein Schema aus 4 Quadranten, die mit 4 verschiedenen Farben hervorgehoben sind, ergänzt durch einen Kompass, der zur besseren Übersicht die Farbquadranten mit den Himmelsrichtungen kombiniert.

In dieser Synopsis der Entwicklungsstörungen gibt es *dimensionale*, d.h. nicht scharf abgrenzbare, Übergänge sowohl zwischen den einzelnen Entwicklungsstörungen (dargestellt durch die Farbquadranten bzw. die Himmelsrichtungen) wie auch zwischen den Entwicklungsstörungen insgesamt und der Normalbevölkerung (dargestellt durch die Entfernung vom – grauen – Zentrum).

Die Abgrenzung der Quadranten anhand der Farben wird dabei der *kategorialen* Unterscheidung der verschiedenen Störungen gerecht.

Wie im 2. Teil der Abb.2 ersichtlich ist, hat das Schema *drei* Dimensionen. Die dritte Dimension, d.h. die Höhe der aus der Kombination von zwei Gauss'schen Kurven entstandenen Gauss'schen Glocke, widerspiegelt die Häufigkeit bzw. Prävalenz einer Störung innerhalb der verschiedenen Kategorien. In der Mitte, wo sich die Normalbevölkerung befindet, ist die Glocke am höchsten. Gegen aussen flacht sie stark ab, d.h. je ausgeprägter eine (Entwicklungs)-Störung ist, umso seltener ist sie. (Wobei quantitative Aspekte natürlich nicht im Detail in diesem Schema berücksichtigt werden können. So ist z.B. das Kanner-Syndrom wesentlich seltener als die einzelnen umschriebenen Entwicklungsstörungen.)

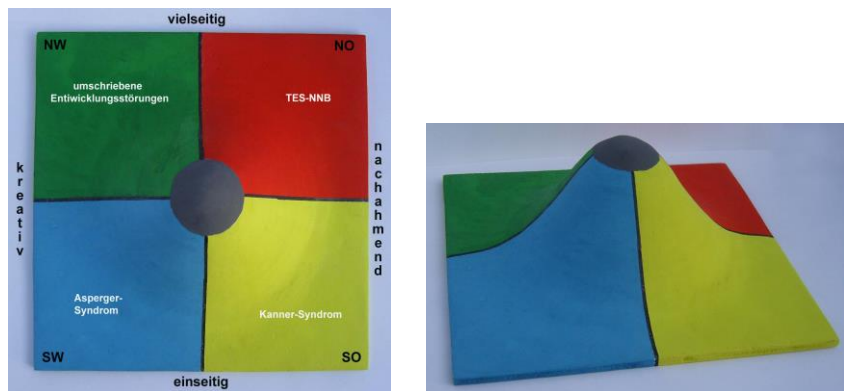


Abb. 2

Die West-Ost-Achse stellt das Merkmals-Paar „kreativ-nachahmend“ dar, die Süd-Nord-Achse die Gegensätze einseitig und vielseitig. Diese beiden Dimensionen sollen 2 verschiedene Aspekte der höheren Denk-Funktionen repräsentieren. Indem nun diese beiden Gegensatz-Paare miteinander kombiniert werden, entsteht eine mehrdimensionale Darstellung, die folgendermassen gelesen werden soll:

- ❖ Je weiter entfernt ein Individuum sich vom Zentrum befindet, umso ausgeprägter unterscheidet es sich vom Durchschnitt, d.h. es weist sowohl besondere Fähigkeiten wie auch besondere Defizite auf.
- ❖ Im Süd-Osten (Farbe gelb), wo die Merkmale „nachahmend“ und „einseitig“ kumulieren, überwiegen die Defizite die Fähigkeiten bei weitem, allerdings sind eventuell bestimmte Fähigkeiten auf speziellen Gebieten sehr ausgeprägt. Dieser Bereich entspricht der extremsten Form der tiefgreifenden Entwicklungsstörung, dem Kanner-Autismus (z.B. „Rain-Man“).
- ❖ Im Nordwesten (Farbe grün), wo die Merkmale kreativ und vielseitig kumulieren, überwiegen die Fähigkeiten die Defizite bei weitem. Die Defizite liegen in umschriebenen Gebieten und entsprechen einzelnen umschriebenen Entwicklungsstörungen.
- ❖ Die Achse von Süd-Ost nach Nord-West entspricht also dem Kontinuum von tiefgreifenden zu umschriebenen Entwicklungsstörungen.
- ❖ Im Süd-Westen (Farbe blau), beim Merkmalspaar kreativ-einseitig, liegt das Asperger-Syndrom (AS). Die Defizite sind weniger ausgeprägt als im gelben Bereich, das Asperger-Syndrom wird als weniger „tiefe“ Entwicklungsstörung betrachtet als das Kanner-Syndrom.
- ❖ Im Nord-Osten (Farbe rot), beim Merkmalspaar nachahmend-vielseitig, liegen die „nicht näher bezeichneten tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (TES-NNB). Auch dieser Bereich weist weniger starke Defizite auf als der gelbe und wird ebenfalls als „mitteltiefe“ Entwicklungsstörung betrachtet.
- ❖ In allen Himmelsrichtungen bestehen dimensionale Übergänge: zwischen umschriebenen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (NW-SO), zwischen Asperger-Syndrom und

Kanner-Syndrom (SW-SO), zwischen Asperger-Syndrom und TES-NNB (SW-NO), usw. (siehe auch Abb.3)

- ❖ Auch zwischen Normalität und Entwicklungsstörung besteht ein dimensionaler Übergang, dargestellt durch die Entfernung vom Zentrum.
- ❖ Erläuterungen zu den Farben: Die Farben wurden nicht zufällig gewählt und dienen als Illustration und für therapeutische Zwecke. Viele Kinder mit Asperger-Syndrom haben **blau** als Lieblingsfarbe. (Dies könnte damit zusammenhängen, dass sie als Hans-Guck-in-die-Luft oft in den Himmel schauen und somit früh auf diese Farbe aufmerksam wurden). **Grün** ist oft die Lieblingsfarbe von musisch begabten Kindern, welche lediglich unter umschriebenen Entwicklungsstörungen leiden. Rot und gelb konnten nicht wirklich durch Empirie eruiert werden sondern wurden intuitiv gewählt. **Rot** passt aber gut zu Impulsivität, und **gelb** als bevorzugte Farbe konnte der Autor z.B. bei Malern finden, die autistische Züge aufweisen.

Schlussfolgerungen für die kategoriale Diagnostik

Die Diagnose POS kommt im vorgestellten Schema der Entwicklungsstörungen nicht mehr vor. Sie ist in den Kategorien „Asperger-Syndrom“ und „TES-NNB“ aufgegangen. Das ADHS bzw. die Hyperkinetischen Störungen kommen hier ebenfalls nicht vor. ADHS und Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (bzw. Autismus-Spektrum-Störungen) sind diagnostische Kategorien auf unterschiedlichen logischen Ebenen. Neueste Studien weisen allerdings übereinstimmend darauf hin, dass zwischen Autismus-Spektrum-Störungen und ADHS häufig Überschneidungen bzw. Komorbidität bestehen. (3)
Um der Prävalenz der verschiedenen Entwicklungsstörungen auch graphisch gerecht zu werden, kann das in Abb.2 dargestellte Schema so modifiziert werden:

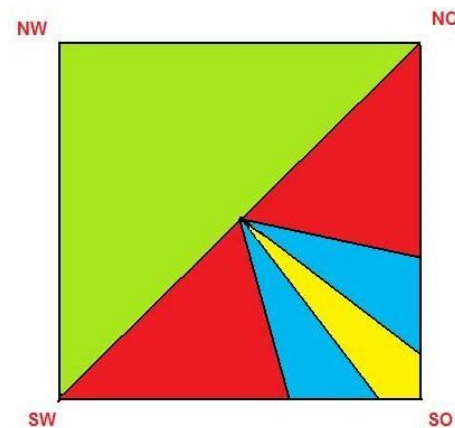


Abb.3

In Abbildung 3 entsprechen die Farbflächen einigermaßen den Prävalenzraten der einzelnen Störungen (der grüne Bereich müsste auf Kosten des Restes allerdings eher noch grösser sein). In dieser Grafik kommt die Tatsache besser zum Ausdruck, dass die einzelnen Kategorien eigentlich diesem Kontinuum folgen : gelb-blau-rot-grün. Das Ausmass an Autismus nimmt entlang dieser Farbskala ausgehend von gelb kontinuierlich ab.

Diagnose und Therapie – von den Entwicklungsstörungen zu den Entwicklungsbesonderheiten

Wer vorwiegend therapeutisch mit Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen arbeitet, kennt das Problem des Umgangs mit Diagnosen. Diagnosen sollten ja in erster Linie eine Hilfe und Entlastung sein: als Wegweiser für therapeutische und anderweitige Hilfe, als Entlastung für Eltern, die die Fehler primär bei sich selber suchen, als Erklärung für bisher unerklärliches Problemverhalten. Diagnosen sind aber auch belastend, sie suggerieren irgendwie, dass das Problem schwerwiegender ist als bisher angenommen, und sie sind v.a. defizitorientiert.

Das hier vorgestellte Schema der Entwicklungsstörungen erlaubt es jedoch unter anderem, dieses Dilemma zu überwinden, indem die psychiatrische Diagnose je nach Bedarf – zum Beispiel auch im Gespräch mit dem Kind/Jugendlichen selber – ersetzt wird durch eine

Position innerhalb des Schemas: eine Position in einem Farbquadranten bzw. in einer bestimmten Windrichtung, weniger oder weiter entfernt vom Zentrum.
Zudem kann der Begriff der Entwicklungsstörung ersetzt werden durch denjenigen der *Entwicklungsbesonderheit*. Die Besonderheit besteht darin, dass der/die Betreffende kein Durchschnittsmensch ist (keine „graue Maus“ = mittlerer Kreis), sondern eine bestimmte Farbe trägt und charakterisiert ist durch eine Kombination von besonderen *Stärken und Schwächen*.

Stärken:

- ***Gelb:** Fokussierung auf extreme Spezialinteressen. Solche Menschen nennt man z.T. auch „Savants“, ein berühmtes Beispiel ist „Rain-Man“.
- ***Blau:** Fokussierung auf Spezialgebiete: Wissenschaftliche Arbeit, Forschung, Ingenieursberufe, Computer-Spezialisten, Jurisprudenz, Natur-Forscher, usw.
- ***Grün:** Kreativität, künstlerische Talente in Malerei, Musik, Dichtung, usw.
- ***Rot:** Vielseitigkeit, künstlerische Talente (mit eher nachahmendem als kreativem Stil)

Schwächen:

- ***Gelb:** Extremer Mangel an Empathie, extreme Probleme im Alltag, geistige Behinderung
- ***Blau:** Mangel an Empathie, erhebliche Probleme im Alltag und in Beziehungen
- ***Grün:** Teilleistungsstörungen (Legasthenie, Dyskalkulie), emotionale Unbeherrschtheit/Instabilität
- ***Rot:** Mangel an Empathie, Impulsivität, chaotisches Funktionieren

Ein Mensch mit Asperger-Syndrom (AS) z.B. befindet sich im blauen Quadranten, also grundsätzlich im Südwesten, wobei die „Windrichtung“ noch modifiziert werden kann. Genauso kann die Ausprägung des AS abgestuft werden durch die Distanz zum Zentrum. Davon ausgehend können dann konkret die vorhandenen Stärken und Schwächen analysiert und daraus ein individueller Behandlungsplan abgeleitet werden.

Für eine positive Identifikation mit dem blauen Sektor werden aus therapeutischen Erwägungen zusätzlich noch typische Vertreter in Form von berühmten Persönlichkeiten erwähnt. Im Falle des AS sind dies z.B. Albert Einstein oder Bill Gates. Gemeint ist damit nicht, dass alle AS-Kinder berühmt werden, sondern dass es trotz einer Beeinträchtigung *möglich* ist, im Leben Erfolg zu haben.

Typische Stärken des AS sind: Systematisches und logisches Denken, Hingabe an ein Interessengebiet, Treue und Loyalität bei Freundschaften. Typische Schwächen dagegen sind: Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags, schwieriger Umgang mit eigenen und fremden Emotionen, Schwierigkeiten bei der Integration in Gruppen, reduziertes Verstehen ganzheitlicher Zusammenhänge (Fixierung auf nebensächliche Details), usw.

Untersuchung eines eigenen Patienten-Kollektivs

Der Autor führt seit knapp 20 Jahren eine kinder- und jugendpsychiatrische Praxis in einem ländlichen Gebiet der Nordwestschweiz. Da er sich seit jeher schwerpunktmässig mit dem Thema „POS“ befasst hat – was für dieses Fachgebiet keineswegs typisch ist –, hat sich sein Patienten-Kollektiv über die Jahre stark auf Kinder mit dieser Diagnose hin verschoben. Für die hier vorliegende Arbeit konnte aus dem Zeitraum der letzten 5 Jahre zunächst ein Sub-Kollektiv von 39 Kindern zusammengestellt werden, welche folgende gemeinsame Merkmale aufwiesen:

- ❖ Diagnose POS oder ADHS oder Verdacht auf eine solche Diagnose. Allerdings zeigte nur ein Teil dieser Kinder typische ADHS-Symptome wie Hyperaktivität oder (exogene!) Unaufmerksamkeit.
- ❖ Schon länger andauernde Leidensgeschichte in Familie und Schule mit Neigung zu Eskalationen
- ❖ Keine Hinweise auf eine psychosoziale Belastung, die die Symptomatik hinreichend erklären könnte

- ❖ Stimulanzen brachten wenig oder keinen Erfolg oder wurden wegen ungenügender Indikation schon gar nicht in Betracht gezogen

Widersprüche bei der bisherigen Diagnose-Stellung

Wie bereits erwähnt, waren dem Autor seit längerem Ungereimtheiten bei der Abklärung und Diagnosestellung „seiner“ POS-Kinder aufgefallen:

- ❖ Viele wiesen keine typische Hyperaktivität auf, es wurde sogar oft geschildert, dass sich die Kinder über längere Zeit ausgesprochen in etwas vertiefen können, vorausgesetzt, dass es ihren Interessen entspricht.
- ❖ Viele zeigten ein auffälliges Kontakt- und Kommunikationsverhalten, was sich insbesondere im Umgang mit Begrüssung und Abschied zeigte. Oft war auch eine gewisse Distanzlosigkeit beobachtbar, d.h. die Kinder behandeln einen wie einen Kumpel bzw. so, wie wenn man sich schon länger kennen würde. Dies sind Merkmale, die in den Diagnosekriterien des POS nicht erscheinen, aber von erfahrenen Klinikern immer wieder erwähnt wurden.
- ❖ Für die Anmeldung bei der IV erwies sich die dort geforderte Störung der Merkfähigkeit oft als schwer nachweisbar (wenn AS-Kinder Probleme mit der Merkfähigkeit haben, dann am ehesten im visuellen und nicht im auditiven Bereich).

Als sich der Autor vor ca. 2 Jahren zunehmend mit der Diagnose „Asperger-Syndrom“ beschäftigte und auch bei Kindern mit der Gewissheit oder dem Verdacht auf eine diesbezügliche Diagnose den HAWIK-III durchführte, gab es plötzlich eine Art AHA-Erlebnis. Das Profil im HAWIK-III, das Kinder mit Asperger-Syndrom aufwiesen, hatte grosse Ähnlichkeiten mit dem Profil eines Teils jener Kinder, die bisher unter der Diagnose POS subsumiert waren. (Auf diesen Zusammenhang wird in einem separaten Artikel eingegangen.)

Es entstand nun die Vermutung, dass etliche der Kinder, die bisher mit den genannten Unstimmigkeiten als POS diagnostiziert wurden, besser mit der Diagnose Asperger-Syndrom (oder „Nicht näher bezeichneten tiefgreifenden Entwicklungsstörung“) erfasst werden konnten. Alles machte nun plötzlich mehr Sinn:

- ❖ Beim Asperger-Syndrom wird zwar ebenfalls ein Aufmerksamkeitsdefizit beschrieben bzw. postuliert, aber es hat einen qualitativ völlig anderen Charakter als beim ADHS. Wird das ADHS-Kind von Reizen aus der Umgebung ständig abgelenkt (Ablenkung *von aussen*), so hat das Asperger-Kind eine starke Tendenz, in eigene Gedanken und Interessengebiete abzuschweifen (Ablenkung *von innen*). Bei der üblichen Erfassung von Aufmerksamkeitsdefiziten wird dieser Unterschied nicht beachtet ! Oft wurde nämlich in der Anamnese der Kinder des vorliegenden Kollektivs erwähnt, sie könnten sich lange und intensiv mit sich selber beschäftigen!
- ❖ Die Auffälligkeiten in der Kommunikation und im Umgang mit sozialer Distanz wurden nun als Kernsymptome von Autismus-Spektrum-Störungen erkannt und entsprechend eingeordnet.
- ❖ Die Eltern, welche mit der Vermutung vertraut gemacht wurden, dass es sich bei ihrem Kind nicht um ein „typisches“ POS- bzw. ADHS-Kind, sondern möglicherweise um ein Asperger-Syndrom handelt, machten sich in der Regel via Internet rasch mit dem Thema vertraut und bestätigten oft ihrerseits die Richtigkeit der Vermutung.

Analyse der eigenen diagnostischen Zuteilung

Zu dem ursprünglichen Sub-Kollektiv von 39 Kindern, welche zunächst als POS diagnostiziert worden waren und dann mit der Diagnose „Tiefgreifende Entwicklungsstörung“ in die Studie miteinbezogen wurden, kamen weitere 50 hinzu, welche im Zeitraum der letzten 3 Jahre in der Praxis des Autors angemeldet wurden und in den Bereich der tiefgreifenden Entwicklungs-

störungen gehörten (die Diagnosestellung erfolgte entweder schon im Vorfeld oder dann durch den Autor selbst).

Von diesen insgesamt 89 Kindern und Jugendlichen erfüllten nach eingehender Überprüfung schliesslich 33 die Diagnose-Kriterien des Asperger-Syndroms gemäss Gillberg (6).

Die restlichen Diagnosen verteilen sich wie folgt:

- High-Functioning-Autismus (HFA): 7; diese Kinder erfüllten die Diagnosekriterien „Frühkindlicher Autismus“ gemäss DSM IV, das Intelligenzniveau war zumindest durchschnittlich.
- „Nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung“ (TES-NNB): 29; diese Kinder erfüllten einige, aber nicht genügend Kriterien für die Diagnose „Asperger-Syndrom“. (Eigentlich müsste feindiagnostisch noch zwischen TES-NNB und „atypischem Autismus“ unterschieden werden. Die Abgrenzung dieser beiden Begriffe ist jedoch von einem klinischen Standpunkt aus sehr fraglich.)
- Doppeldiagnose „Nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung“ plus ADHS: 20; diese Kinder erfüllten sowohl die Kriterien der vorgenannten Gruppe plus die Kriterien für ein Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung.

Bei den insgesamt 89 Kindern und Jugendlichen mit einer Diagnose aus dem Bereich der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (bzw. Autismus-Spektrum-Störungen) verteilten sich die einzelnen Diagnosen also wie folgt:

Asperger-Syndrom:	33 (37%)
HFA	7 (8%)
TES-NNB	49 (55%)

Mehr als die Hälfte der Diagnosen fiel also unter die Kategorie „Nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung“, was aus ganz praktischen Gründen sehr unbefriedigend ist (wer kann das schon ohne zu Stottern aussprechen?). Im Grunde genommen zeigt sich hier natürlich die Tatsache, dass die Autismus-Diagnostik sehr im Umbruch ist und irgendwann neue Begriffe geschaffen werden müssen.

Die eigene Diagnostik im internationalen Vergleich

S. Baron-Cohen präsentiert in seiner neuesten Publikation (4) einen Überblick über die historische Entwicklung der Diagnose des Asperger-Syndroms und der damit verbundenen spektakulären Steigerung der Prävalenz: Anfang der 1980er Jahre galt Autismus als eine sehr seltene Störung mit einem Vorkommen von 1:2500. Lorna Wing (5) publizierte ihre Studie 1981 und gebrauchte erstmals den Begriff „Asperger-Syndrom“. Sie prägte das Konzept von Autismus als eines Spektrums und kam auf eine Häufigkeit von 1:500. 1993 kam Christopher Gillberg (6) aus Schweden auf eine Häufigkeit des Asperger-Syndroms von 1:330. Im Jahr 2001 erschienen je eine Studie in England und in den USA mit Prävalenzraten der Autismus-Spektrum-Störungen von 1:166 bzw. 1:150. Und schliesslich publizierte G. Baird 2006 (7) ihre Prävalenz-Studie an über 50'000 Kindern und kam auf ein Verhältnis von 1:100.

Innerhalb von knapp 30 Jahren hat sich also der Begriff „Autismus“ grundlegend gewandelt, von einer seltenen, klar abgrenzbaren „Krankheit“ zu einem breiten Spektrum verschiedener Störungen, die insgesamt 25-mal häufiger sind als der ursprüngliche Begriff !

Nach neuesten Erkenntnissen liegt die Prävalenz bei Autismus-Spektrum-Störungen also bei rund 1%, und dies ist wesentlich höher als bisher angenommen (7,8,9). Baird (7) ermittelte in ihrer Prävalenzstudie an ca. 57'000 Kindern im Alter zwischen 9 und 10 Jahren eine relativ hohe Prävalenzrate von 1,16% (alle Autismus-Spektrum-Störungen zusammen genommen).

Bemerkenswert an dieser Studie ist, dass lediglich ca. 2/5 der Fälle einer eindeutigen Autismus-Diagnose zugeordnet werden konnten, wohingegen die restlichen 3/5 unter die Kategorie „Nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung“ (TES-NNB) fielen. Dieses Verhältnis wird auch in der hier vorgestellten Studie ungefähr erreicht.

Hier ist sicher noch erheblicher Klärungsbedarf vorhanden, denn es kann nicht sein, dass die Mehrheit der Autismus-Spektrum-Störungen in eine unklare Kategorie (TES-NNB) entfallen, in eine Kategorie, die ursprünglich für wenige Ausnahmen gedacht war, die nicht einer eindeutigen Autismus-Diagnose zugeordnet werden können.

Im Lichte dieser neuesten Prävalenzraten wurde die Zahl von insgesamt 89 Kindern in der vorliegenden Studie noch einer genaueren Überprüfung unterzogen: Im Kanton Baselland gibt es zur Zeit ca. 30'000 Schüler/innen innerhalb der obligatorischen Schulzeit. Im Einzugsgebiet des Autors (Bezirke Liestal, Sissach und Waldenburg) sind es ca. 12'000. Bei einer Prävalenz von 1% müsste es also im Volksschulbereich im ganzen Kanton ca. 300 Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen geben (Asperger-Syndrom: 120), im Einzugsgebiet des Autors ca. 120 (AS: 50).

Die Zahl 89 in der vorliegenden Studie muss allerdings reduziert werden: 6 Kinder sind nicht mehr im obligatorischen Schulalter, 15 stammen aus dem Kanton Aargau und 8 aus dem unteren Kantonsteil. Es bleiben also noch 60 mit einer Autismus-Spektrum-Störung (AS: 21), welche zurzeit innerhalb des Einzugsgebiets des Autors zur Schule gehen. Da der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst BL sehr selten die Diagnose „Autismus-Spektrum-Störung“ bzw. „Tiefgreifende Entwicklungsstörung“ (in 1,5% der eigenen Fälle) stellt, ist es durchaus realistisch, dass der Autor ca. die Hälfte der Kinder mit entsprechenden Störungen in seinem Einzugsgebiet erfasst hat. (Alle diese Berechnungen sind natürlich Schätzungen, dürften aber die Zahlenverhältnisse einigermaßen realistisch widerspiegeln.)

Es stellt sich zudem die Frage, ob die Prävalenzrate von 1% nicht regionalen Schwankungen unterworfen ist! Es gibt Berichte, dass im Silicon Valley die Prävalenz von Autismus-Spektrum-Störungen bis zu 10% beträgt (4)! Ein Grund dafür könnten moderne Migrationsbewegungen sein, an welchen Menschen mit autistischen Zügen (und guter Schulbildung) überdurchschnittlich beteiligt sind (weniger Verwurzelung; Gründe, wegen Aussenseitertums die Heimat zu verlassen). In der vorliegenden Studie hat in 31 der 89 Fälle mindestens ein Elternteil Migrationshintergrund (Muttersprache: deutsch-nicht-CH: 14, englisch: 6, italienisch: 4, spanisch: 4, slawisch: 3). Dies ist ein Aspekt, der noch genauerer Untersuchung bedarf. Es gibt jedenfalls gute Gründe anzunehmen, dass die Region Basel aufgrund der Migration eine höhere Autismus-Spektrum-Prävalenz hat als andere Regionen in der Schweiz.

Offensichtlich gibt es auf der ganzen Welt eine Kontroverse zur Häufigkeit von autistischen Störungen. Der bereits zitierte S. Baron-Cohen (4) betont eindringlich, dass nicht-erkannte Autismus-Spektrum-Störungen den betreffenden Familien grosses Leid zufügen können. Es kommt überdurchschnittlich häufig zu sekundären psychischen Störungen, Scheidungen und manchmal zu Suicidversuchen und Suiciden (meist Väter). Von den in dieser Studie erfassten 89 Kindern haben immerhin 5 Väter Suicid begangen, was wohl deutlich über der statistisch zu erwartenden Rate liegt. Es muss deshalb darauf hingewiesen werden, dass in der Schweiz noch ein grosser Nachholbedarf bei der Frühdiagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen besteht, und dass die Gefahren der Unterdiagnostizierung wesentlich grösser sind als die Ausdehnung der Diagnostik auf eher leichtere Fälle, bei welchen die klinische Relevanz der Störung diskutabel ist.

Literaturliste

(1) Baron-Cohen, Simon (2004), Vom ersten Tag an anders, *Walter-Verlag*

- (2) Asperger H., Die „Autistischen Psychopathien“ im Kindesalter, *Habilitationsschrift eingereicht bei der Medizinischen Fakultät der Wiener Universität*, 8.10.1943
- (3) Roeyers H., „ADHD and Autism“, 2. Internationales MEDICE-Symposium: ADHS – Co-existierende Störungen in verschiedenen Lebensphasen, *ADHS-Report 32, Juli 2008*
- (4) Baron-Cohen, S. (2008) Autism and Asperger Syndrome. *Oxford University Press*
- (5) Wing L. (1981), Asperger's Syndrome: A clinical account. *Psychol Med 11 : 115-129*
- (6) Gillberg IC, Gillberg C (1989) Asperger Syndrome – some epidemiological considerations: a research note. *J Child Psychol Psyc 30: 631-638*
- (7) Baird, G., et al. (2006), Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: The Special Needs and Autism project (SNAP). *Lancet, 368, 210-215*
- (8) Fombonne, E. (2005). Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 12, S. 3-8*
- (9) Bölte, S., et al. (2007), What's the true prevalence of autism spectrum disorders ? *German Journal of Psychiatry, 10, S. 53-54*

Im Artikel nicht ausdrücklich erwähnt sind noch folgende benutzten Quellen:

- (10) Remschmidt H., Kamp-Becker (2006), Asperger-Syndrom, *Springer-Verlag*
- (11) Attwood Tony, (2008), Ein ganzes Leben mit dem Asperger-Syndrom. *Trias Verlag*